

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1966 — N° 696

**LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1965**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DEVANT LA FACULTÉ MIXTE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

LE MARDI 28 JUIN 1966

par

BAHR Ismaïl

né le 3 Décembre 1936 à TYR - LIBAN



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
J. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1966

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1966 — N° 696

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE AU COURS DE L'ANNÉE 1965

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DEVANT LA FACULTÉ MIXTE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

LE MARDI 28 JUIN 1966

par

BAHR Ismaïl

né le 3 Décembre 1936 à TYR - LIBAN



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
J. TIXIER & FILS, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LÉPINE
H. HERMANN

Membre de l'Institut.
Correspondant de l'Institut.

Doyen :

J.F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, GARIN, GATÉ, MARTIN,
GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET,
POLLOSSON, ENSELME, WERTHEIMER, SARROUY

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie.
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie.
CREYSEL J.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Clinique chirurgicale B
GIRARD M.	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Clinique médicale infantile B
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique Stomatologique
MARION J.	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT L.	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
MATHIEU	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
VINCENT D.	Biochimie appliquée.
CIER A.	Pharmacodynamie
X...	Chimie biologique et médicale
X...	Bactériologie
X...	Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Hématologie
GOINARD	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
PONT M.	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie	MM. De SOLLIERS	Chimie analytique
FEROLDI	Anatomie pathologique	DESPIERRES	Médecine générale
MORET	Physique biologique	GARIN	Parasitologie
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	TOLOT	Médecine du Travail
		THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSEL R.	Chimie biologique	MM. FRIES	Médecine générale
PINET	Electro-radiologie	GILLY	Pédiatrie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	ROBERT	Médecine générale
DESCOTES	Chirurgie générale	BOUCHET	Anatomie
JOUVET	Pathologie expérimentale	BETHENOD	Pédiatrie
PEYRIN	Physique biologique	GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
TOMMASI	Anatomie pathologique	KALB	Pneumo-phthisiologie
BUFFARD	Electro-radiologie	LARBRE	Pédiatrie
LEJEUNE	Méd. gén. et thérapeutique	SOUSTELLE	Chirurgie générale
de MOURGUES F.	Stomatologie	VIALA	Médecine générale
NAUSSAC	Maladies infectieuses	VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
REBOUILLAT	Chirurgie générale	GIROD	Histologie et embryologie
ROMAGNY	Pédiatrie	GRAS	Chimie biologique
DELAHAYE J.	Médecine générale	MALLEIN	Chimie analytique
DELEUZE R.	Anesthésiologie	COLIN	Médecine légale
GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnos- tic et thérapeutique.	BERTRAND	Chimie biologique
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture	MARET	Chirurgie générale
MICHOULIER	Chirurgie générale	VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
COLOMB	Dermatologie	CHOLLAT	Electro-radiologie
LAMBERT	Médecine générale	FLEURETTE	Bactériologie
MICHEL	Anesthésiologie		

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie	MM. RIFFAT	Hygiène
FLANDROIS	Physiologie	BIZOLON	Physique
ROLLET	Pharmacie galénique		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. MARION P.	Chirurgie générale	MM. GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
BONAMOUR	Ophthalmologie	GARDE	Médecine générale
de MOURGUES G.	Chirurgie générale	HUGONNIER	Ophthalmologie
DEVIC	Médecine générale	MORNEX	Médecine générale
DUMONT M.	Obstétrique	MOUNIER-KUHNA	Chirurgie générale
DURAND	Urologie	NORMAND	Médecine générale
FRANCILLON	Chirurgie générale	PERRIN A.	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale	DUMAS	Stomatologie
SCHOTT	Neuro-psychiatrie	GARMIER	Obstétrique
ALLEGRE	Neuro-chirurgie	NOEL	Médecine générale
CHASSARD	Electro-radiologie	SCHNEPP	Orthopédie
FAYSSÉ	Orthopédie	NOTTER	Gynécologie obstétricale

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIGEAUD, Président : DUMONT, NOTTER, MAGNIN, Assesseurs

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1965



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Ils ont tous fait pour moi.

En regard de cela, ce travail est bien peu de choses mais la reconnaissance et la tendresse que je leur porte sont immenses.

A MON FRÈRE ET MES SŒURS

En témoignage de mon affection.

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

En témoignage de mon attachement le plus affectueux.

A TOUS MES AMIS

Avec toute ma fidélité.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon

Il nous a fait le grand honneur de nous confier
ce travail et d'accepter la présidence de notre
jury.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de
nos sentiments reconnaissants et respectueux.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé DUMONT

Nous le remercions très respectueusement
d'avoir accepté d'être notre juge.

Monsieur le Professeur Agrégé NOTTER

Nous le somme très reconnaissant d'avoir bien
voulu accepter de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé MAGNIN

Il a accepté de juger notre travail qu'il soit
assuré de toute notre gratitude.

Au Docteur COUTURIER

Il nous a dirigé avec la plus grande bienveillance au cours de ce travail, nous tenons à lui exprimer nos remerciements.

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS
de l'Hôpital de Valence

A MES AMIS DE L'INTERNAT

ABRÉVIATIONS

RA	:	Réserve alcaline.
PT	:	Protéines totales.
S	:	Sérine.
G	:	Globulines.
meq	:	Milli-équivalent.
TA	:	Tension artérielle.
HTA	:	Hypertension artérielle.
Alb	:	Albuminurie.
PG	:	Prégnandiol.
GT	:	Glycuronides totaux.
PST	:	Phénol-stéroïdes totaux.
œ	:	Œstrogènes.
OD/T	:	Œstrone + Œstradiol/Œstriol.
K	:	Coefficient d'utilisation œstrogénique : $OD/T \times 100$.
FV	:	Frottis vaginal.
IE	:	Index éosinophilique.
IK	:	Index kariopycnotique.
FO	:	Fond d'oeil.
TACR	:	Tension de l'artère centrale de la rétine.
EEG	:	Electro-encéphalogramme.
RAM	:	Rupture artificielle des membranes.
B. de K.	:	Bougie de Krause.
ASAT	:	Accouchement spontané à terme.
APS	:	Accouchement prématuré spontané.
APP	:	Accouchement prématuré provoqué.

AVANT-PROPOS

Le service de pathologie de la grossesse a pour but de traiter et de suivre les femmes enceintes présentant une maladie non contagieuse. Il cherche ainsi à les amener dans les meilleures conditions le plus près possible du terme de leur grossesse, réservant toutes leurs chances à la fois à la mère et à l'enfant. Parmi les affections traitées dans le service, celles de nature spécifiquement gravidiques présentent un intérêt tout particulier.

Il est d'usage, chaque année, de dresser la liste récapitulative des malades du service. M. le Professeur PIGEAUD a bien voulu nous charger pour l'année 1965 de cette tâche, succédant ainsi à M. PEYRE, M. FERREUX-DECOR, M. VICEDO, M. BOBO, M. ROSIER, M. DIEMER, M. BOURQUIN, M. MORIN, M. TORRE, M. JOSEPH, M. CONTAMIN, M. RASEMONT, M. RASCLE, M. FENOGLIO, M. POULET en ce qui concerne les années de 1949 à 1964.

Le plan de notre travail est identique à celui des années précédentes, c'est-à-dire que nous dressons d'abord par ordre chronologique la liste de toutes les malades entrées dans le service entre le 1^{er} Janvier 1965 et le 31 Décembre 1965, puis nous classerons ces observations selon quatre grands chapitre :

- 1) Maladies de la mère préexistant à la grossesse.
- 2) Maladies non spéciales à l'état de gestation, mais apparaissant au cours de la grossesse.
- 3) Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus.
- 4) Maladies véritablement spéciales aux femmes enceintes.

Nous poserons dans un chapitre particulier, le détail des observations de néproopathies gravidiques.

CHAPITRE PREMIER

NOMENCLATURE DES OBSERVATIONS

Nous publions ici la liste des **428** observations représentant le nombre total des femmes hospitalisées dans le service de la pathologie de la grossesse du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 1965.

Les observations sont classées selon le N° d'entrée des malades.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme P.,	24 ans	3. 1.65	1	Placenta prævia latéral.
Mme H.,	28 ans	4. 1.65	2	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme F.,	16 ans	4. 1.65	3	Néphrite chronique Bassin rétréci. Rein surnuméraire. Césarienne.
Mme M.,	40 ans	6. 1.65	4	Suspicion de prédiabète.
Mme R.,	32 ans	4. 1.65	5	Pyélite avec albuminurie intermittente, bactériurie et cystite.
Mme R.,	27 ans	5. 1.65	6	grossesse prolongée (B. de K)
Mme A.,	30 ans	7. 1.65	7	Grossesse prolongée.
Mme L.,	22 ans	6. 1.65	8	Néphrite chronique.
Mme B.,	23 ans	31.12.64	9	Prééclampsie.
Mme P.,	20 ans	8. 1.65	10	Prédiabète, obésité. Albuminurie transitoire.
Mme B.,	22 ans	8. 1.65	11	Néphropathie gravidique.
Mme L.,	25 ans	8. 1.65	12	Diabète, avortement.
Mme B.,	37 ans	7. 1.65	13	Anémie par carence en acide folique.
Mme M.,	33 ans	12. 1.65	14	Néphropathie gravidique.
Mme S.,	27 ans	11. 1.65	15	Menace d'accouchement prématuré.
Mme A.,	30 ans	11. 1.65	16	Tumeur du sein droit avec troubles psychiques.
Mme O.,	34 ans	11. 1.65	17	Pyélite.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme C.,	20 ans	12. 1.65	18	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APP.
Mme B.,	36 ans	11. 1.65	19	Dysgravidie œdémateuse. Pyé- lite.
Mme D.,	21 ans	12. 1.65	20	Néphropathie gravidique.
Mme J.,	25 ans	11. 1.65	21	Hématurie.
Mme M.,	30 ans	9. 1.65	22	HTA ancienne. Albuminurie transitoire.
Mme B.,	39 ans	19. 1.65	23	Hypotrophie fœtale. Suspi- cion de grossesse arrêtée.
Mme F.,	40 ans	21. 1.65	24	Insuffisance mitrale compen- sée.
Mme P.,	39 ans	22. 1.65	25	HTA neurotonique. Grossesse arrêtée.
Mme C.,	15 ans	21. 1.65	26	Décollement bilatéral de la rétine.
Mme M.,	32 ans	13. 1.65	27	Néphropathie gravidique.
Mme C.,	18 ans	25. 1.65	28	Chute au 6 ^e mois de la gros- sesse, bilan.
Mme V.,	26 ans	23. 1.65	29	Néphropathie gravidique. Prééclampsie.
Mme T.,	?	25. 1.65	30	Accidentée, bilan.
Mme M.,	23 ans	25. 1.65	31	Rupture prématuré des mem- branes.
Mme S.,	28 ans	26. 1.65	32	Tumeur du placenta. Hydram- nios + + +. Anémie hypo- chrome. APS.
Mme B.,	35 ans	26. 1.65	33	Iso-immunisation anti-Rh sévè- re. Placenta prævia. Accou- chement prématuré d'un en- fant: né-vivant, mort 4 heures après (ictère + +).
Mme G.,	26 ans	28. 1.65	34	Pyélie.
Mme R.,	20 ans	29. 1.65	35	Diabète sévère. Présentation du siège. APS.
Mme O.,	28 ans	28. 1.65	36	Iso-immunisation anti-Rh type mineur. APP.
Mme C.,	24 ans	1. 2.65	37	Néphropathie gravidique. Grossesse gémellaire. Pla- centa prævia anatomique. Infection urinaire.
Mme V.,	23 ans	30. 1.65	38	Accouchement prématuré et mort rapide du nouveau- né après l'accouchement.
Mme S.,	33 ans	21. 1.65	39	Vomissements gravidiques.
Mme P.,	38 ans	3. 2.65	40	Recherche d'agglutinines anti- Rh. Bilan négatif.
Mme A.,	27 ans	5. 2.65	41	Pyélie droite.
Mme M.,	42 ans	6. 2.65	42	HTA essentielle sévère. Gros- sesse arrêtée.
Mme G.,	22 ans	?	43	Recherche d'agglutinines anti- Rh. Bilan négatif.
Mme N.,	25 ans	11. 2.65	44	Vomissements et hématomèse. APS.
Mme P.,	26 ans	7. 2.65	45	Avortement.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme L.,	18 ans	10. 2.65	46	Traumatisme crânien avec perte de connaissance et mort du fœtus in utero.
Mme C.,	?	14. 2.65	47	Rétrécissement mitral œdémateux.
Mme C.,	34 ans	17. 2.65	48	HTA essentielle aggravée par la grossesse. Césarienne.
Mme N.,	42 ans	18. 2.65	49	Bilan.
Mme P.,	40 ans	18. 2.65	50	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APP (B. de K.).
Mme X.,	44 ans	18. 2.65	51	Prééclampsie.
Mme O.,	26 ans	18. 2.65	52	Albuminurie orthostatique.
Mme S.,	21 ans	18. 2.65	53	Glomérulo-néphrite chronique. APP.
Mme M.,	20 ans	18. 2.65	54	Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré.
Mme B.,	22 ans	23. 2.65	55	Infection urinaire.
Mme P.,	30 ans	23. 2.65	56	Antécédents de mort du fœtus in utero. APP (B de K)
Mme A.,	28 ans	25. 2.65	57	Prédiabète, gros enfant, bassin rétréci. Pas d'enfants vivants. Césarienne prophylactique.
Mme V.,	22 ans	26. 2.65	58	Menace d'accouchement prématuré suite à un traumatisme abdominal.
Mme A.,	24 ans	25. 2.65	59	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme S.,	39 ans	26. 2.65	60	Prédiabète Hydramnios. Grossesse prolongée, présentation de siège Accouchement provoqué.
Mme P.,	29 ans	1. 3.65	61	Néphropathie gravidique surajoutée. Néphrite chronique. Antécédents d'éclampsie.
Mme C.,	23 ans	3. 3.65	62	Pyélite.
Mme A.,	42 ans	8. 3.65	63	Mort du fœtus in utero.
Mme L.,	28 ans	8. 3.65	64	Iso-immunisation anti-Rh. mineure. APP (B. de K.).
Mme F.,	26 ans	10. 3.65	65	Diabète. Césarienne.
Mme L.,	33 ans	9. 3.65	66	Bilan.
Mme B.,	23 ans	11. 3.65	67	Iso-immunisation anti-Rh mineure. Hydramnios. APP.
Mme A.,	33 ans	8. 3.65	68	Endocardite mitroaortique.
Mme R.,	32 ans	10. 3.65	69	Sciaticque. Accouchement provoqué à terme.
Mme B.,	24 ans	12. 3.65	70	Repos strict jusqu'à son accouchement en raison de ses antécédents obstétricaux. Rupture utérine, césarienne prophylactique.
Mme V.,	27 ans	15. 3.65	71	Pyélonéphrite bilatérale.
Mme S.,	27 ans	15. 3.65	72	Pyélonéphrite.
Mme D.,	25 ans	16. 3.65	73	Néphropathie gravidique.
Mme L.,	32 ans	17. 3.65	74	Placenta prævia marginal. Césarienne.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme H.,	35 ans	18. 3.65	75	Grossesse gémellaire.
Mme G.,	22 ans	27. 3.65	76	Pyélonéphrite.
Mme G.,	21 ans	18. 3.65	77	Néphropathie gravidique.
Mme C.,	36 ans	18. 3.65	78	Décollement pathologique d'un placenta prævia. Néphropathie gravidique récidivante avec mort du fœtus in utero.
Mme B.,	23 ans	15. 3.65	79	Septum utérin.
Mme B.,	27 ans	23. 3.65	80	Dysgravidie hypertensive.
Mme F.,	37 ans	22. 3.65	81	Vomissements incoercibles.
Mme R.,	32 ans	22. 3.65	82	Vomissements incoercibles.
Mme R.,	29 ans	22. 3.65	83	Menace d'accouchement prématuré.
Mme C.,	29 ans	17. 3.65	84	Prédiabète.
Mme C.,	23 ans	22. 3.65	85	Iso-immunisation anti-Rh mineure.
Mme V.,	42 ans	24. 3.65	87	Placenta prævia latéral, ASAT.
Mme C.,	22 ans	25. 3.65	86	Placenta prævia latéral, ASAT.
Mme V.,	29 ans	27. 3.65	88	Iso-immunisation anti-Rh post-transfusionnelle, avec mort du fœtus in utero à la fin du 6 ^e mois.
Mme B.,	20 ans	27. 3.65	89	Endocardite mitro-aortique compensée.
Mme C.,	22 ans	29. 3.65	90	Rétrécissement mitral serré.
Mme M.,	31 ans	28. 3.65	91	Pyélonéphrite avec importante albuminurie.
Mme T.,	33 ans	30. 3.65	92	Syndrome addisonien, Bilan après accouchement.
Mme A.,	35 ans	2. 4.65	93	Infection urinaire bâtarde.
Mme M.,	20 ans	3. 4.65	94	Placenta prævia latéral, Césarienne.
Mme S.,	22 ans	2. 4.65	95	Mort du fœtus in utero.
Mme K.,	19 ans	6. 4.65	96	HTA maligne. Néphrite chronique. Accouchement prématuré à répétition. Cerclage. APS à 6 mois.
Mme K.,	22 ans	31. 3.65	97	Dysgravidie hypertensive pure avec albuminurie transitoire. RAM.
Mme L.,	24 ans	3. 4.65	98	Vomissements incoercibles.
Mme A.,	24 ans	6. 4.65	99	Vomissements incoercibles.
Mme S.,	32 ans	7. 4.65	100	Antécédents de mort fœtale in utero (myélome?). Césarienne prophylactique à la clinique St-Augustin.
Mme M.,	39 ans	8. 4.65	101	Phlébite pelvienne.
Mme M.,	28 ans	10. 4.65	102	Iso-immunisation anti-Rh mineure avec menace d'accouchement prématuré. Pyélite.
Mme T.,	20 ans	7. 4.65	103	Pyélonéphrite.
Mme O.,	26 ans	10. 4.65	104	Colique néphrétique.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme D.,	24 ans	13. 4.65	105	Rupture prématurée spontanée des membranes. Accouchement prématuré.
Mme R.,	28 ans	14. 4.65	106	Iso-immunisation anti-Rh sévère RAM. Exanguino-transfusion.
Mme M.,	22 ans	12. 4.65	107	Néphrite chronique. Dysgravidie hypertensive et oedémateuse avec traces d'albumine au voisinage du terme, associée à une infection urinaire.
Mme T.,	31 ans	20. 4.65	108	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APS.
Mme G.,	25 ans	20. 4.65	109	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme C.,	27 ans	17. 4.65	110	Menace d'accouchement prématuré.
Mme M.,	33 ans	20. 4.65	111	Phlébite de la grossesse.
Mme B.,	20. ans	20. 4.65	112	Hypodéveloppement fœtal.
Mme M.,	23 ans	20. 4.65	113	Antécédents de mort fœtale in utero. APP.
Mme R.,	27 ans	17. 4.65	144	Bilan.
Mme F.,	22 ans	22. 4.65	115	Albuminurie isolée et transitoire.
Mme T.,	24 ans	15. 4.65	116	Néphropathie gravidique.
Mme E.,	32 ans	26. 4.65	117	Insuffisance mitrale compensée. Néphropathie gravidique.
Mme A.,	34 ans	26. 4.65	118	Hydramnios ++.
Mme R.,	18 ans	27. 4.65	119	Eclampsie typique.
Mme D.,	27 ans	23. 4.65	120	Néphropathie gravidique.
Mme T.,	27 ans	28. 4.65	121	Grossesse prolongée.
Mme P.,	25 ans	28. 4.65	122	Néphropathie gravidique.
Mme D.,	18 ans	29. 4.65	123	Pyélite.
Mme M.,	39 ans	29. 4.65	124	Gros enfant. Bilan de pré-diabète. ASAT.
Mme F.,	30 ans	30. 4.65	125	Pyélonéphrite.
Mme D.,	45 ans	3. 5.65	126	Diabète.
Mme G.,	35 ans	3. 5.65	127	Placenta prævia marginal et menace d'accouchement prématuré. ASAT.
Mme G.,	23 ans	4. 5.65	128	Diabète. Tuberculose pulmonaire. Césarienne.
Mme S.,	20 ans	6. 5.65	129	Pyélonéphrite.
Mme L.,	23 ans	7. 5.65	130	Pyélonéphrite.
Mme M.,	32 ans	10. 5.65	131	Grossesse prolongée vraie.
Mme M.,	34 ans	10. 5.65	132	Grossesse prolongée. Bilan de prédiabète.
Mme W.,	33 ans	6. 4.65	133	Iso-immunisation anti-Rh mineure.
Mme O.,	33 ans	10. 5.65	134	Néphropathie gravidique.
Mme B.,	25 ans	10. 5.65	135	Néphropathie gravidique.
Mme P.,	37 ans	6. 5.65	136	HTA essentielle. APS.
Mme C.,	24 ans	10. 5.65	137	Recherche d'agglutinine anti-Rh. Bilan négatif.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme F.,	19 ans	10. 5.65	138	Bilan sanguin et mesure prophylactique éventuelle chez une malade splénectomisée en 1959 pour thrombopénie peut-être congénitale. Nouveau-né : thrombopénie.
Mme C.,	34 ans	7. 5.65	139	Vomissements gravidiques.
Mme F.,	29 ans	10. 5.65	140	Dysgravidie surtout œdémateuse avec albuminurie transitoire.
Mme P.,	27 ans	10. 5.65	141	Aménorrhée d'origine centrale.
Mme M.,	20 ans	17. 5.65	142	Pyélonéphrite avec vomissements et anémie.
Mme N.,	32 ans	14. 5.65	143	Menace d'accouchement prématuré.
Mme M.,	30 ans	17. 5.65	144	Dysgravidie mineure avec HTA modérée et légers œdèmes. Avortement habituel. APS.
Mme R.,	25 ans	18. 5.65	145	Néphropathie gravidique.
Mme S.,	23 ans	19. 5.65	146	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse.
Mme M.,	24 ans	17. 5.65	147	Grossesse prolongée vraie. Bassin rétréci. Forceps.
Mme C.,	29 ans	22. 5.65	148	Vomissements gravidiques.
Mme F.,	20 ans	22. 5.65	149	Pyélite avec vomissements. Sciatique gauche.
Mme A.,	30 ans	24. 5.65	150	Vomissements incoercibles.
Mme C.,	42 ans	23. 5.65	151	Pyélite. Antécédents de DP PNI. Césarienne prophylactique. Mort rapide par malformation cardiaque.
Mme G.,	26 ans	24. 5.65	152	Pyélite. Obésité, légère HTA. Neurotonique. Terme dépassé. RAM.
Mme B.,	30 ans	26. 5.65	153	Perte des eaux, fausse couche.
Mme L.,	27 ans	22. 5.65	154	Malaise avec hypotension chez une anémique.
Mme B.,	36 ans	28. 5.65	155	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APP (B. de K.).
Mme K.,	29 ans	31. 5.65	156	Mort du fœtus in utero.
Mme F.,	41 ans	1. 6.65	157	Rein polykystique, césarienne.
Mme R.,	29 ans	1. 6.65	158	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse avec albuminurie transitoire.
Mme F.,		26. 5.65	159	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme C.,	43 ans	1. 6.65	160	Bilan de vitalité ovulaire.
Mme D.,	34 ans	3. 6.65	161	Iso-immunisation anti-Rh majeure avec anasarque fœtal, associée à une néphropathie gravidique.
Mme M.,	29 ans	31. 5.65	162	Pyélonéphrite.
Mme B.,	31 ans	1. 6.65	163	Pyélonéphrite.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme M.,	37 ans	2. 6.65	164	Iso-immunisation anti-Rh mineure. Accouchement provoqué 7 jours avant terme.
Mme P.,	27 ans	8. 6.65	165	Recherche d'agglutinines anti-Rh. Bilan négatif.
Mme A.,	29 ans	7. 6.65	166	Pyélite droite.
Mme V.,	21 ans	3. 6.65	167	Iléocystoplasthie en 1959.
Mme N.,	38 ans	18. 5.65	168	Cystite majeure. Césarienne.
Mme D.,	21 ans	8. 6.65	169	Accouchement prématuré.
Mme Z.,	27 ans	8. 6.65	170	Antécédents d'éclampsie, pyélonéphrite.
Mme O.,	44 ans	9. 6.65	171	Douleurs épigastriques.
Mme M.,	25 ans	9. 6.65	172	Cardiopathie rhumatismale, polyvalente (RM, IM, IA) décompensée. Crises d'OA P. HTA ancienne. Insuffisance rénale. Avortement thérapeutique et stérilisation.
Mme L.,	32 ans	6. 6.65	173	Néphrite chronique avec HTA aggravée au début de la grossesse mais tolérée à la fin, associée à une néphropathie gravidique.
Mme B.,	26 ans	14. 6.65	174	Placenta prævia. Accouchement prématuré. Hydrorrhée non amiotique.
Mme B.,	33 ans	15. 6.65	175	Vomissements incoercibles.
Mme H.,	38 ans		176	Grossesse gémellaire. Anémie normochrome.
Mme P.,	32 ans	14. 6.65	177	Mauvais état général. Albuminurie isolée. Fausse couche.
Mme A.,	34 ans	17. 6.65	178	Diabète sévère. Césarienne.
Mme R.,	29 ans	14. 6.65	179	Pneumoconiose avec pleurésie droite.
Mme T.,	31 ans	14. 6.65	180	Vomissements incoercibles.
Mme A.,	21 ans	17. 6.65	181	HTA essentielle.
Mme A.,	27 ans	18. 6.65	182	Vomissements gravidiques. Hydramnios. Antécédents diabétique. Césarienne.
Mme S.,	23 ans	21. 6.65	183	Pyélite.
Mme A.,	43 ans	19. 6.65	184	Grossesse prolongée vraie (B. de K.).
Mme A.,	38 ans	21. 6.65	185	Néphropathie gravidique. Prédiabète.
Mme G.,	36 ans	21. 6.65	186	Grossesse gémellaire. HTA neurotonique.
Mme M.,	40 ans	24. 6.65	187	Antécédents de mort fœtale in utero. APP (B. de K.).
Mme G.,	24 ans	24. 6.65	188	Dysgravidie œdémateuse, légèrement hypertensive avec albuminurie transitoire. Terme dépassé. Césarienne sur enfant « précieux ».
				Hydramnios.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme P.,	34 ans	25. 6.65	189	Néphropathie gravidique et éclamptie. Iso-immunisation anti-Rh majeure avec anasarque et mort du fœtus in utero.
Mme P.,	30 ans	26. 4.65	190	Rétrécissement mitral serré. Bassin transversalement rétréci. Terme dépassé de 10 jours. Césarienne prophylactique.
Mme R.,	34 ans	29. 6.65	191	Dysgravidie hypertensive et oedémateuse, APP (B. de K.).
Mme T.,	29 ans	30. 6.65	192	Néoplasme du col. Intervention et interruption thérapeutique de la gestation.
Mme G.,	22 ans	29. 6.65	193	Bilan.
Mme K.,		1. 7.65	194	Iso-immunisation anti-Rh mineure. Dysgravidie hypertensive pure. Obésité et antécédents de gros enfants.
Mme L.,	29 ans	1. 7.65	195	Pyélonéphrite.
Mme A.,	39 ans	1. 7.65	196	Grossesse gémellaire chez une femme césarisée 2 fois. ASAT.
Mme F.,	25 ans	3. 7.65	197	Néphropathie gravidique.
Mme B.,	38 ans	5. 7.65	198	Dysgravidie oedémateuse et légèrement hypertensive, avec albuminurie transitoire non constatée dans le service.
Mme N.,	Annulée		199	
Mme C.,	28 ans	5. 7.65	200	Grossesse prolongée, RAM.
Mme R.,	29 ans	5. 7.65	201	Bassin généralement rétréci. Césarienne prophylactique.
Mme F.,	20 ans	5. 7.65	202	Mauvais état général. Bassin aplati et généralement rétréci. Accouchement spontané.
Mme Z.,	24 ans	7. 7.65	203	Menace d'accouchement prématuré due à une béance de l'isthme. Refuse le cerclage.
Mme G.,	28 ans	8. 7.65	204	Grossesse gémellaire.
Mme L.,	23 ans	8. 7.65	205	Pyélonéphrite droite.
Mme S.,	34 ans	8. 7.65	206	Commissurotomie en 1959 pour rétrécissement mitral, ayant entraîné une insuffisance mitrale séquellaire aggravée par la grossesse actuelle. Interruption thérapeutique de la gestation, stérilisation.
Mme T.,	28 ans	7. 7.65	207	Vomissements incoercibles.
Mme R.,	40 ans	8. 7.65	208	Rupture prématurée des membranes.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme D.,	27 ans	15. 7.65	209	Hydronéphrose droite, avec albuminurie. Accouchement provoqué (perfusion).
Mme R.,	29 ans	13. 7.65	210	Prédiabète. Césarienne.
Mme C.,	21 ans	15. 7.65	211	Menace d'accouchement prématuré.
Mme S.,	22 ans	19. 7.65	212	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme L.,	28 ans	15. 7.65	213	Prédiabète, hydramnios, bassin généralement rétréci. Forceps, épisiotomie.
Mme A.,	23 ans	19. 7.65	214	Obésité. Dysgravie. Hypertensive. ASAT.
Mme C.,	27 ans	21. 7.65	215	Néphropathie gravidique.
Mme T.,	50 ans	17. 7.65	216	Hémorragie digestive. Anémie.
Mme M.,	23 ans	22. 7.65	217	Rupture prématuré des membranes. Accouchement prématuré à 7 mois.
Mme C.,	23 ans	22. 7.65	218	Colique néphrétique.
Mme A.,	30 ans	26. 7.65	219	Placenta prævia marginal. Présentation de siège. Césarienne.
Mme V.,	21 ans	20. 7.65	220	Grossesse prolongée.
Mme C.,	23 ans	27. 7.65	221	Pyélite. Bassin aplati généralement rétréci. Terme dépassé. Césarienne.
Mme W.,	21 ans	29. 7.65	222	Bassin déformé. Suspicion de grossesse prolongée.
Mme K.,	20 ans	25. 7.65	223	Néphropathie gravidique. Grossesse gémellaire.
Mme G.,	18 ans	27. 7.65	224	Vomissements graves.
Mme B.,	31 ans	30. 7.65	225	Iso-immunisation anti-Rh mineure. Accouchement provoqué (B. de K.).
Mme C.,	21 ans	29. 7.65	226	Hémogénie, grossesse prolongée.
Mme K.,	29 ans	30. 7.65	227	Dysgravie hypertensive, avec albuminurie transitoire.
Mme G.,	39 ans	2. 8.65	228	Bilan de vitalité fœtale.
Mme S.,	23 ans	2. 8.65	229	Présentation de siège. Bassin rétréci. Bilan cardiaque.
Mme B.,	30 ans	2. 8.65	230	Pyélite. Grossesse prolongée.
Mme K.,	40 ans	2. 8.65	231	HTA essentielle.
Mme V.,	17 ans	2. 8.65	232	Placenta prævia anatomique.
Mme P.,	22 ans	4. 8.65	233	Colique néphrétique.
Mme P.,	22 ans	4. 8.65	234	Infection urinaire, plus vomissements.
Mme H.,	26 ans	6. 8.65	235	Menace d'accouchement prématuré.
Mme C.,	41 ans	6. 8.65	236	Diabète. Présentation transversale.
Mme B.,	27 ans	13. 8.65	237	Vomissements incoercibles.
Mme P.,	29 ans	7. 8.65	237	
Mme R.,	28 ans	7. 8.65	238	Pyélonéphrite.
Mme R.,	32 ans	9. 8.65	239	Rétrécissement mitral compensé.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme R.,	30 ans	5. 8.65	240	Suspicion de grossesse prolongée. Crise d'épilepsie généralisée.
Mme P.,	30 ans	12. 8.65	241	Placenta prævia. APS.
Mme P.,	41 ans	11. 8.65	242	Antécédents de néphropathie gravidique. Mort habituelle du fœtus in utero. Malformation utérine. Césarienne itérative. Bilan de vitalité fœtale.
Mme B.,	27 ans	13. 8.65	243	Ligamentopexie pour rétroversion. Avortement à répétition. APS.
Mme F.,	21 ans	14. 8.65	244	Mort du fœtus in utero.
Mme C.,	23 ans	11. 8.65	245	Néphropathie gravidique.
Mme R.,	23 ans	16. 8.65	246	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse sans albuminurie.
Mme D.,	26 ans	16. 8.65	247	Potomanie.
Mme C.,	31 ans	17. 8.65	248	Mort du fœtus in utero sans aucun syndrome pathologique. Expulsion spontanée d'un macéré. Hémorragie par hypofibrinémie.
Mme F.,	30 ans	13. 8.65	249	Coma éclamptique. Anémie importante, psychose.
Mme M.,	34 ans	16. 8.65	250	Commissurotomie mitrale en 1961.
Mme G.,	29 ans	23. 8.65	251	Malaises avec perte de connaissance suite à un traumatisme crânien. Présentation de siège et bassin asymétrique. Césarienne prophylactique.
Mme D.,	27 ans	21. 8.65	252	Mort du fœtus in utero, due probablement à une légère HTA.
Mme S.,	18 ans	27. 8.65	253	Néphropathie gravidique pré-éclampsie.
Mme R.,	24 ans	26. 8.65	254	Pyélite droite.
Mme F.,	37 ans	25. 8.65	255	Prédiabète (B. de K.).
Mme L.,	29 ans	29. 8.65	256	Grossesse gémellaire et accouchement prématuré. Sièges. Pyélo-néphrite.
Mme K.,	19 ans	28. 8.65	257	Appendicectomie bactériurie.
Mme E.,	18 ans	30. 8.65	258	Pyélonéphrite.
Mme G.,	39 ans	28. 8.65	259	Tétanie, vomissements incoercibles.
Mme D.,	24 ans	22. 8.65	260	Antécédents d'accouchement prématuré. Cerclage.
Mme B.,	29 ans	31. 8.65	261	Gastrite, hématomèse.
Mme M.,	28 ans	1. 9.65	262	Pyélonéphrite droite.
Mme R.,	23 ans	2. 9.65	263	Anencéphalie. Hydramnios subaigu.
Mme H.,	19 ans	3. 9.65	264	Pyélonéphrite droite.
Mme D.,	22 ans	31. 8.65	265	HTA essentielle. Pyélonéphrite
Mme B.,	35 ans	26. 8.65	266	Placenta prævia latéral.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme B.,	28 ans	4. 9.65	267	Diabète sévère. Césarienne.
Mme M.,	35 ans	7. 9.65	268	Hydramnios. Présentation transversale. ASAT.
Mme P.,	23 ans	2. 9.65	269	HTA isolée.
Mme L.,	20 ans	3. 9.65	270	Eclampsie.
Mme B.,	26 ans	7. 9.65	271	Iso-immunisation anti-Rh mineure.
Mme D.,	18 ans	8. 9.65	272	Pyélonéphrite droite.
Mme B.,	20 ans	6. 9.65	273	Pyélonéphrite droite.
Mme B.,	34 ans	7. 9.65	274	HTA habituelle.
Mme K.,	27 ans	7. 9.65	275	Néphropathie gravidique. APP (B. de K.).
Mme B.,	19 ans	9. 9.65	276	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse. Pyélonéphrite. Bassin rétréci. Césarienne prophylactique.
Mme D.,	32 ans	9. 9.65	277	HTA permanente. Achondroplasie, bassin chirurgical, 2 césariennes antérieures. Césarienne prophylactique. Stérilisation.
Mme C.,	22 ans	12. 9.65	278	Cystite.
Mme F.,	32 ans	9. 9.65	279	Obésité et diabète. Gros enfant. Bassin un peu rétréci. Césarienne prophylactique.
Mme B.,	29 ans	13. 9.65	280	Grossesse prolongée vraie.
Mme N.,	36 ans	15. 9.65	281	Antécédents héréditaires de diabète. Accouchement provoqué (B. de K.).
Mme H.,	35 ans	15. 9.65	282	Petits troubles psychiques, anciens avec malaises au 4 ^e mois de la grossesse. Mort brutale en une demi-heure sans syndrome pathologique caractérisé.
Mme M.,	35 ans	16. 9.65	283	Insuffisance mitrale compensée.
Mme T.,	17 ans	16. 9.65	284	Dysgravidie avec albuminurie transitoire.
Mme S.,	32 ans	15. 9.65	285	Obésité, prédiabète.
Mme C.,	27 ans	16. 9.65	286	Iso-immunisation anti-Rh mineure. Terme dépassé. Accouchement provoqué (perfusion).
Mme R.,	33 ans	20. 9.65	287	Bilan de vitalité fœtale.
Mme S.,	25 ans	20. 9.65	288	Antécédents de mort inexpliquée du fœtus in utero. Dysgravidie hypertensive. (B. de K.).
Mme S.,	29 ans	20. 9.65	289	Tumeur bénigne du grand droit.
Mme T.,	18 ans	20. 9.65	290	Pyélonéphrite.
Mme R.,	22 ans	23. 9.65	291	Néphropathie gravidique.
Mme J.,	21 ans	23. 9.65	292	Pyélite.
Mme W.,	23 ans	23. 9.65	293	Vomissements.
Mme B.,	22 ans	23. 9.65	294	Grossesse prolongée vraie.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme B.,	30 ans	23. 9.65	295	Section d'un fil de cerclage.
Mme B.,	19 ans	23. 9.65	296	Vomissements incoercibles.
Mme M.,	31 ans	24. 9.65	297	Poussée hypertensive élevée au 8 ^e mois avec un syndrome douloureux rétrosternal.
Mme G.,	23 ans	24. 9.65	298	Colique hépatique.
Mme B.,	26 ans	25. 9.65	299	Douleurs abdominales transitoires.
Mme D.,	17 ans	25. 9.65	300	Terme dépassé, accouchement spontané.
Mme A.,	19 ans	27. 9.65	301	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme T.,	29 ans	28. 9.65	302	Vomissements incoercibles.
Mme D.,	32 ans	8. 9.65	303	Bassin aplati et canaliculé. Césarienne.
Mme B.,	30 ans	1.10.65	304	Iso-immunisation anti-Rh mineure.
Mme D.,	26 ans	30. 9.65	305	HTA transitoire d'origine neurovégétative. ASAT.
Mme B.,	25 ans	1.10.65	306	Vomissements incoercibles.
Mme P.,	31 ans		307	Bilan protéinurie chez une femme ayant présenté une néphropathie gravidique surajoutée à une infection urinaire majeure et subocclusion.
Mme P.,	27 ans	2.10.65	308	Aggravation d'un état nauséux permanent par la grossesse. Grossesse prolongée.
Mme P.,	33 ans	4.10.65	309	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APP (B. de K.).
Mme D.,	37 ans	4.10.65	310	Antécédents de gros enfants. Prédiabète, bassin rétréci. Epreuve du travail. ASAT.
Mme P.,	26 ans	5.10.65	311	Antécédents d'accouchement prématuré habituel. Chez une mère Rh négatif, dosage hormonal. Indication du cerclage (décharge).
Mme R.,	43 ans	4.10.65	312	Obésité. Dysgravidie hypertensive pure.
Mme R.,	19 ans	8.10.65	313	Cystite chronique.
Mme F.,	20 ans	9.10.65	314	Menace d'accouchement prématuré.
Mme K.,	17 ans	11.10.65	315	Pyélonéphrite. Trouble de la coagulation en fin de grossesse.
Mme R.,	30 ans	11.10.65	316	Iso-immunisation anti-Rh avec mort du fœtus in utero.
Mme B.,	27 ans	12.10.65	317	Grossesse gémellaire. Repos.
Mme G.,	34 ans	11.10.65	318	Hypertension artérielle pulmonaire avec insuffisance pulmonaire valvulaire au cours d'un canal artériel persistant. Césarienne.
Mme S.,	23 ans	12.10.65	319	Dysgravidie hypertensive pure.

Malades	Age	Date d'entrée	N°	Diagnostic
Mme B.,	35 ans	12.10.65	320	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme N.,	34 ans	23. 9.65	321	Grossesse gémellaire. Léger hydramnios.
Mme D.,	37 ans	12.10.65	322	Prééclampsie avec oedèmes cérébraux et mort du fœtus in utero.
Mme D.,	22 ans	11.10.65	323	Mort du fœtus in utero.
Mme D.,	38 ans	13.10.65	324	Prédiabète, grossesse prolongée.
Mme M.,	37 ans	30. 9.65	325	Obésité et prédiabète. ASAT.
Mme B.,	37 ans	18.10.65	326	Placenta prævia latéral. Accouchement spontané par le siège d'un enfant prématuré, mort-né.
			327	Pyélonéphrite gravidico-toxique.
Mme Z.,	35 ans	18.10.65	328	Vomissements gravidiques.
Mme L.,	21 ans	18.10.65	329	Phlébite du membre inférieur gauche.
Mme B.,	31 ans	18.10.65	330	Antécédents d'iso-immunisation anti-Rh sévère avec mort du fœtus in utero. Bilan.
Mme V.,	37 ans	18.10.65	331	Iso-immunisation anti-Rh sévère. Césarienne.
Mme F.,	24 ans	21.10.65	332	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme N.,	30 ans	18.10.65	333	Antécédents de mort du fœtus in utero. Bilan de vitalité fœtale.
Mme L.,	40 ans	18.10.65	334	Bassin généralement rétréci.
Mme T.,	32 ans	27. 9.65	335	Pancréatite nécrotique.
Mme N.,	23 ans	21.10.65	336	Obésité et prédiabète.
Mme C.,	38 ans	21.10.65	337	Diabète et glomérulo-sclérose diabétique. APP.
Mme B.,		21.10.65	338	Antécédents de néphropathie gravidique sévère. Surveillance.
Mme R.,	29 ans	25.10.65	339	Vomissements gravidiques.
Mme R.,	22 ans	21.10.65	340	Dysgravidie hypertensive avec albuminurie transitoire.
Mme P.,	30 ans	21.10.65	341	Néphropathie gravidique bronchectasie.
Mme C.,	43 ans	25.10.65	342	Diabète. Mongolisme.
Mme M.,	20 ans	25.10.65	343	Dysgravidie hypertensive et oedémateuse avec albuminurie transitoire.
Mme D.,	26 ans	25.10.65	344	Néphrite chronique et syndrome néphrotique. Fausse couche.
Mme S.,	37 ans	26.10.65	345	Etat syncopal.
Mme P.,	35 ans	25.10.65	346	Pyélonéphrite.
Mme C.,	26 ans	26.10.65	347	Pyélonéphrite, cystite. Bassin rétréci. ASAT.
Mme H.,	24 ans	14.10.65	348	Protéinurie permanente isolée, découverte au 3 ^e mois de la première grossesse. Avortement au 4 ^e mois.

Mme R.,	22 ans	25.10.65	349	Bacillose pulmonaire.
Mme G.,	42 ans	28.10.65	350	Bilan d'anémie normochrome.
Mme R.,	21 ans	29.10.65	351	Dystonie neurovégétative.
Mme M.,	28 ans	28.10.65	352	Troubles névrotiques et rhumatismaux.
Mme C.,	19 ans	2.11.65	353	Kyste pédiculé du mésentère.
Mme D.,	35 ans	2.11.65	354	Grossesse prolongée.
Mme B.,	25 ans	3.11.65	355	Vomissements incoercibles.
Mme C.,	32 ans	3.11.65	356	Mort du fœtus in utero à 7 mois.
Mme R.,	29 ans	3.11.65	357	Cystite.
Mme M.,	23 ans	28.10.65	358	Grossesse prolongée. (B. de K.).
Mme C.,	23 ans	2.11.65	359	Bassin aplati et généralement rétréci. Présentation du siège. Accouchement spontané
Mme S.,	31 ans	3.11.65	360	Dysgravidie hypertensive et oedémateuse.
Mme G.,	17 ans	3.11.65	361	Bilan.
Mme A.,	38 ans	2.11.65	362	Pyélonéphrite.
Mme D.,	34 ans	4.11.65	363	Antécédents d'iso-immunisation anti-A non aggravée par la grossesse actuelle. Rétrécissement mitral bien toléré.
Mme L.,	37 ans	5.11.65	364	Placenta prævia marginal.
Mme E.,	26 ans	5.11.65	365	Troubles de la vésicule biliaire. Ictère.
Mme S.,	26 ans	5.11.65	366	Néphropathie gravidique sévère, avec mort du fœtus in utero.
Mme B.,	27 ans	8.11.65	367	Endocervicite.
Mme R.,	35 ans	8.11.65	368	Iso-immunisation anti-Rh mineure. APP.
Mme B.,	23 ans	8.11.65	369	Insuffisance mitrale tolérée. Maladie de Bouillaud. APS.
Mme M.,	19 ans	10.11.65	370	Pyélonéphrite.
Mme R.,	28 ans	12.11.65	371	Pyélonéphrite.
Mme D.,	23 ans	9.11.65	372	Dysgravidie hypertensive, pyélonéphrite avec albuminurie transitoire.
Mme M.,	35 ans	12.11.65	373	Grossesse prolongée. Bassin rétréci.
Mme B.,	36 ans	14.11.65	374	Présentation de siège complet. RPM.
Mme R.,	23 ans	13.11.65	375	Insuffisance rénale chez une femme présentant une lithiase rénale sur rein unique.
Mme G.,	21 ans	15.11.65	376	Dysgravidie hypertensive pure
Mme R.,	41 ans	15.11.65	377	Rupture prématurée des membranes.
Mme M.,	30 ans	16.11.65	378	Douleurs spasmodiques gauches, menace d'accouchement prématuré.

Mme B.,	23 ans	15.11.65	379	Syndrome appendiculaire.
Mme R.,	24 ans	17.11.65	380	Vomissements gravidiques.
Mme G.,	37 ans	17.11.65	381	Menace d'accouchement prématuré, Petite poussée hypertensive, APP.
Mme B.,	23 ans	17.11.65	382	Dysgravidie œdémateuse et légèrement hypertensive. Bassin rétréci. Forceps.
Mme C.,	43 ans	17.11.65	383	Présentation transversale et fibrome prævia. Légère HTA essentielle.
Mme A.,	33 ans	18.11.65	384	Stérilisation après l'accouchement pour cardiopathie rhumatismale (RM + IA).
Mme B.,	20 ans	23.11.65	385	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse avec albuminurie transitoire. Obésité.
Mme Z.,	29 ans	22.11.65	386	Néphropathie gravidique.
Mme J.,	28 ans	28.11.65	387	Hématurie macroscopique. Hydramnios. Rupture prématurée des membranes.
Mme F.,	23 ans	15.11.65	388	Obésité monstrueuse. Syndrome de Pickwich.
Mme R.,	39 ans	24.11.65	389	Antécédents de gros enfants. Prédiabète.
Mme F.,	20 ans	23.11.65	390	Exocervicite.
Mme O.,	21 ans	24.11.65	391	Menace d'accouchement prématuré.
Mme C.,	24 ans	25.11.65	392	Dysgravidie, Hypertensive.
Mme P.,	24 ans	25.11.65	393	Dysgravidie hypertensive plus protéinurie transitoire liée à une infection urinaire.
Mme N.,	24 ans	27.11.65	394	Méningite.
Mme G.,	26 ans	29.11.65	395	HTA chronique.
Mme A.,	36 ans	29.11.65	396	Grossesse triple.
Mme L.,	27 ans	30.11.65	397	Stérilisation 6 mois après l'accouchement pour néphrite chronique.
Mme T.,	32 ans	20.11.65	398	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme S.,	34 ans	18.11.65	399	Iso-immunisation anti-Rh mineure. ASAT.
Mme B.,	38 ans	27.11.65	400	Néphropathie gravidique. Pré-éclampsie, HTA-maligne.
Mme F.,	32 ans	3.12.65	401	Colite post-amibienne.
Mme A.,	29 ans	2.12.65	402	Pyélonéphrite droite. Bronchite.
Mme M.,	32 ans	6.12.65	403	Dysgravidie œdémateuse avec albuminurie transitoire sans HTA.
Mme D.,	37 ans	6.12.65	404	Béance cervico-isthmique. Antécédents d'accouchement prématuré. Cerclage au 3 ^e mois de la grossesse.
Mme B.,	40 ans	6.12.65	405	Prédiabète, antécédents de gros enfants.
Mme S.,	36 ans	3.12.65	406	Albuminurie transitoire, non retrouvée dans le Service.

Mme G.,	39 ans	8.12.65	407	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse.
Mme N.,	30 ans	6.12.65	408	Iso-immunisation anti-Rh sévère. Exanguino-transfusion du nouveau-né.
Mme D.,	35 ans	8.12.65	409	HTA chronique. Grossesse gémellaire. APS.
Mme G.,	27 ans	8.12.65	410	Néphropathie gravidique récidivante.
Mme O.,	37 ans	8.12.65	411	Placenta prævia médian et postérieur. ASAT.
Mme M.,	19 ans	10.12.65	412	Néphropathie gravidique.
Mme R.,	24 ans	11.12.65	413	Suspicion de placenta prævia marginal.
Mme S.,	19 ans	9.12.65	414	Myxoœdème congénital par ectopie thyroïdienne. Bilan hormonal. ASAT.
Mme Y.,	?	11.12.65	415	Hypotension et hypothyrmie.
Mme R.,	31 ans	13.12.65	416	Diabète ancien. Césarienne.
Mme G.,	?	11.12.65	417	Cystite hématurique.
Mme M.,	23 ans	13.12.65	418	Fœtus hypotrophique.
Mme B.,	29 ans	15.12.65	419	Suspicion de grossesse prolongée.
Mme U.,	27 ans	14.12.65	420	Rupture prématurée des membranes. APP.
Mme C.,	28 ans	19.12.65	421	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse avec légère albuminurie transitoire au voisinage du terme liée à une cystite.
Mme G.,	29 ans	20.12.65	422	Dysgravidie hypertensive et œdémateuse avec albuminurie transitoire.
Mme C.,	22 ans	18.12.65	423	Antécédents de néphrite aiguë dans l'enfance. Bilan d'HTA.
Mme G.,	28 ans	21.12.65	424	Diabète. Bassin transversalement rétréci. Césarienne.
Mme D.,	28 ans	19.12.65	425	Rétroversion, ligamentopexie. Accouchement prématuré spontané.
Mme A.,	35 ans	20.12.65	426	Iso-immunisation anti-Rh avec taux d'agglutinines important.
Mme L.,	21 ans	22.12.65	427	Vomissements.
Mme T.,	26 ans	29.12.65	428	Suspicion de grossesse prolongée.

CHAPITRE II

COMMENTAIRES DE LA NOMENCLATURE

Nos 428 observations seront groupées selon la classification que M. le Professeur PIGEAUD a fait adopter à la Clinique Obstétricale.

Cette classification s'exprime ainsi :

1^o Maladies de la mère préexistant à la grossesse, pouvant être aggravées du fait de l'état puerpéral et susceptibles de retentir sur celle-ci..

2^o Maladies non particulières à l'état de grossesses, mais qui, apparaissant au cours de la puerpéralité, influent sur l'évolution de la gestation ou revêtent de son fait une allure particulière.

3^o Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes de l'œuf ou du fœtus.

4^o Maladies spéciales à l'état de gestation.

Nous allons entreprendre maintenant l'étude des observations correspondant à ces quatre groupes.

PREMIER GROUPE

Maladies de la mère préexistant à l'état de gestation

De nombreuses affections pourraient théoriquement entrer dans ce groupe, nous n'envisagerons cependant que certaines maladies dont l'évolution compliquée par la grossesse, pose des problèmes délicats.

Ces maladies sont :

- cardiopathies sévère ;
- néphrites chroniques, et hypertensions solitaires.
- diabète ;
- tuberculose pulmonaire.

Nous mentionnerons ensuite quelques observations disparates d'un intérêt certain mais dont la rareté empêche une étude fructueuse.

— **Cardiopathies sévères** : 15 observations n^{os} 24, 47, 68, 89, 90, 117, 171, 190, 206, 239, 250, 283, 318, 363, 369.

Il est intéressant de rappeler le nombre d'observations relevées précédemment :

En 1949 : 26 observations.

1950 : 14 —

1951 : 19 —

1952 : 21 —

1953 : 13 —

1954 : 18 —

1955 : 16 —

1956 : 20 —

1957 : 28 —

1958 : 25 —

1959 : 32 —

1960 : 17 —

1961 : 17 —

1962 : 12 —

1963 : 16 —

1964 : 12 —

— **Néphrites chroniques et hypertensions solitaires** : 27 observations n^{os} 3, 8, 22, 42, 48, 53, 61, 96, 107, 136, 171, 172, 180, 231, 252, 265, 269, 274, 277, 344, 375, 383, 395, 400, 409, 410, 423.

Rappel pour 1949 : 15 observations.

1950 :	15	—
1951 :	19	—
1952 :	26	—
1953 :	22	—
1954 :	14	—
1955 :	17	—
1956 :	32	—
1957 :	23	—
1958 :	25	—
1959 :	35	—
1960 :	34	—
1961 :	17	—
1962 :	12	—
1963 :	12	—
1964 :	21	—

— **Diabète** : 13 observations : n^{os} 12, 35, 65, 126, 128, 177, 236, 267, 279, 337, 342, 416, 424.

Rappel pour 1949 : 1 observation.

1950 :	1	—
1951 :	2	—
1952 :	2	—
1953 :	5	—
1954 :	2	—
1955 :	7	—
1956 :	7	—
1957 :	5	—
1958 :	10	—
1959 :	9	—
1960 :	11	—
1961 :	5	—
1962 :	13	—
1963 :	13	—
1964 :	5	—

— **Tuberculose pulmonaire** : 2 observations : n^{os} 128, 149.

Rappel pour 1949 : 14 observations.

1950 : 13 —

1951 : 9 —

1952 : 3 —

1953 : 2 —

1954 : 2 —

1955 : 8 —

1956 : 6 —

1957 : 1 —

1958 : 5 —

1959 : 0 —

1960 : Une obs. de méningite tuberculeuse.

1961 : 0 observation.

1962 : 0 —

1963 : 0 —

1964 : 1 —

— **Divers** :

1 cas d'anémie par carence en acide folique : n° 13.

1 cas d'hydronéphrose avec albuminurie, accouchement provoqué 6 jours avant terme (perfusion) : n° 209.

1 cas d'hémogénie avec terme dépassé de 16 jours, accouchement spontané : n° 226.

1 cas de Comitialité : n° 240.

1 cas de trouble de la coagulation enfin de grossesse : n° 315.

12 cas d'obésité : n^{os} 10, 120, 152, 194, 214, 279, 285, 312, 325, 336, 385, 388.

sur ces 12 cas d'obésité :

— 6 ont présenté des signes de la série dysgravidique :

1 cas d'obésité + Albuminurie transitoire : n° 10.

5 cas d'obésité + Dysgravidie surtout hypertensive : n^{os} 152, 194, 214, 312, 385.

— 1 cas de néphropathie gravidique greffée sur un terrain de dysfonctionnement endocrinien avec obésité : n° 120.

- 1 cas d'obésité monstrueuse (syndrome de pickuich) avec oedemes, albuminurie de stase, dyspnée importante et cyanose des extrémités .Mort rapide par défaillance cardiaque au 8^e mois de grossesse, césarienne post-mortem pratiquée d'urgence au lit de la malade, enfant mort-né n° 388.

Enfin 22 malades présentant des bassins anormaux 21 malades ont accouché à la clinique obstétricale, on note :

— **12 césariennes :**

N° 3 : bassin généralement rétréci et néphrite chronique

N° 57 : bassin rétréci, prédiabète, gros enfant.

N° 190 : bassin transvresalement rétréci, rétrécissement mitral et terme dépassé.

N° 201 : bassin généralement rétréci.

N° 221 : bassin aplati, généralement rétréci et terme dépassé.

N° 251 : bassin asymétrique et présentation de siège

N° 276 : bassin rétréci et asymétrique.

N° 277 : bassin chirurgical, achondroplasie, deux césariennes antérieures, stérilisation.

N° 279 : bassin un peu rétréci, diabète, gros enfant.

N° 303 : bassin aplati et canaliculé.

N° 304 : bassin généralement rétréci.

N° 424 : bassin rétréci et diabète.

— **8 accouchements par voie basse :** N° 147, 202, 310, 347, 359, 373, 382.

— **1 épisiotomie, forceps :** N° 213.

Nos 15 observations de cardiopathies se répartissent ainsi :

14 cardiopathies lésionnelles acquises :

— 6 rétrécissements mitraux purs : n° 47 - 90 - 190 - 239 - 250 - 363.

— 5 Insuffisances mitrales : n° 24 - 117 - 206 - 283 - 369.

— 2 cardiopathies mitro-aortiques : n^{os} 68 - 89.

— 1 cardiopathie polyvalente : n^o 171.

1 cas de cardiopathie congénitale : persistance du canal artériel n^o 318.

Parmi ces 15 observations de cardiopathies, nous relevons :

— 7 grossesses non troublées : n^{os} 24 - 47 - 89 - 117.

— 4 grossesses peu troublées : n^{os} 68 - 90 - 250 - 283.

— 4 grossesses troublées : n^{os} 171 - 190 - 206 - 318.

N^o 171 : Cardiopathie rhumatismale polyvalente (rétrécissement mitral, insuffisance mitrale, insuffisance aortique) associée à une néphrite chronique avec HTA à 18, urée élevée, Alb. 0,80, œdèmes des membres inférieurs. Avortement thérapeutique à 3 mois 1/2 et stérilisation, suites simples.

N^o 190 : Primigeste, 30 ans, stérilité traitée sans succès, puis grossesse après 8 ans de mariage, cardiopathie mitrale très serrée ayant fait poser l'indication d'une commissurotomie qui n'a pas été acceptée par la malade. Présentation de siège irréductible, bassin transversalement rétréci, terme dépassé de 10 jours, Césarienne prophylactique. Suites simples.

N^o 206 : Rétrécissement mitral commissurotomie en 1959, avec persistance d'une insuffisance mitrale séquellaire aggravée par la grossesse actuelle, interruption thérapeutique de la gestation à 2 mois, et stérilisation.

N^o 318 : Aggravation d'une HTA pulmonaire, avec insuffisance pulmonaire valvulaire au cours d'un canal artériel persistant Césarienne 24 jours avant terme.

Nos 27 observations de néphrites chroniques et hypertensions solitaires se décomposent ainsi :

— 11 néphrites chroniques : n^{os} 3 - 8 - 53 - 61 - 96 - 107 - 172 - 344 - 375 - 395 - 410.

— 13 cas d'hypertensions solitaires modérées préexistant à l'état de gestation : n^{os} 22 - 48 - 136 - 171 - 180 - 231 - 252 - 269 - 274 - 277 - 383 - 409 - 423.

— 3 cas d'HTA malignes élevées : n^{os} 42 - 265 - 400.

Sur ces 27 malades 26 ont accouché à la clinique obstétricale.

On note : 22 enfants vivants :

2 par APP : n^{os} 265 - 375.

4 par Accouchement provoqué à terme : n^{os} 8 - 53 - 107 - 423.

6 par APS : n^{os} 22 - 61 - 96 - 136 - 400 - 409.

7 par ASAT : n^{os} 172 - 231 - 269 - 274 - 383 - 395 - 410.

3 par Césarienne au voisinage du terme :

n^o 3 : Néphrite chronique et bassin rétréci.

n^o 48 : HTA essentielle aggravée par la grossesse actuelle, avortement à répétition. Césarienne à 8 mois 1/2. Nouveau-né prématuré.

N^o 277 : HTA permanente modérée avec achondroplasie et bassin chirurgical. 2 césariennes antérieures. Césarienne prophylactique à terme et stérilisation.

3 morts de fœtus in utéro : n^{os} 42 - 252 - 344.

1 cas de néphrite chronique associée à une cardiopathie rhumatismale polyvalente, avortement thérapeutique et stérilisation.

A signaler que 3 cas de néphrites chroniques (n^{os} 61 - 172 - 410) et 1 cas d'HTA essentielle (n^o 400) se sont compliqués de néphropathie. Nous les retrouverons détaillés dans le groupe des néphropathies gravidiques.

— Parmi nos **13 observations de diabète** :

— 5 étaient connues depuis l'enfance : n^{os} 12 - 65 - 128 - 177 - 424.

— 6 cas ont été découvert au cours d'une grossesse antérieure n^{os} 35 - 126 - 236 - 267 - 342 - 416.

— 2 cas ont été découverts au cours de la grossesse actuelle :
n^{os} 279 - 337.

Nous avons obtenu :

- 10 enfants vivants, dont 1 mongolien n° 342.
- 2 morts rapide après la naissance : n° 128 - 416.
- 1 avortement : n° 12.

Il a été pratiqué :

- 7 Césariennes prophylactiques : n^{os} 65 - 128 - 177 - 267 - 279 - 416 - 424.
- 2 accouchements provoqués : n^{os} 126-337.
- 2 APS : n^{os} 35 - 236.
- 1 ASAT : n° 342.

Nous mentionnons ici 15 cas de prédiabète (malades présentant en plus d'une glycosurie plus ou moins persistante, parfois associée à une obésité, une hyperglycémie inconstante et une courbe d'hyperglycémie provoquée perturbée). N^{os} 10 - 57 - 60 - 84 - 184 - 210 - 213 - 255 - 285 - 310 - 324 - 325 - 336 - 389 - 405.

Il a été pratiqué :

- 2 césariennes prophylactiques : n^{os} 57 - 210.
- 4 accouchements provoqués : n^{os} 60 - 84 - 255 - 324.
- 1 épisiotomie et forceps : n° 213 (prédiabète hydramniosse bassin rétréci).
- 1 cas de prédiabète associé à une néphropathie gravidique n° 184.
- 5 accouchements spontanés : n^{os} 285 - 325 - 310 - 336 - 405.
- 2 malades n'ont pas accouchés dans le service : n° 10 - 389.

Nos 2 observations de tuberculose pulmonaire :

N° 128 : Tuberculose pulmonaire ayant nécessité une intervention d'exérèse en 1963, associée à un diabète. BK +, les BC sont moins nettement perçus, et les

conditions locales ne sont pas favorables à un accouchement par voie basse. Césarienne immédiate. Enfant mou, hypotrophique, avec cyanose et subictère discret mort rapide : membrane hyaline.

N^{os} 349 : Tuberculose pulmonaire non aggravée. ASAT.

DEUXIEME GROUPE

Maladies non particulières à l'état de gestation

Il est bien entendu que n'importe quelle maladie pouvant survenir au cours de la gestation, la pathologie tout entière pourrait entrer dans ce groupe.

Nous avons éliminé de ce cadre, tous les syndromes aigus manifestés au cours de la grossesse mais ne représentant qu'un épisode paroxystique d'une maladie ou d'un état préexistant à la grossesse cependant l'allure particulière revêtue par l'évolution des affections malignes, au cours de la grossesse nous a fait classer dans ce groupe les cas de ces affections que nous avons relevés au cours de l'année 1965.

Si nous éliminons d'autre part de ce groupe les maladies spécifiques de l'état de gestation et les affections bénignes qui n'ont pas justifié d'hospitalisation, nous nous trouvons devant un nombre assez réduit de maladies non particulières à l'état de gestation. Nous avons retenu :

Pyelites et pyélonéphrites : 51 observations : n^{os} 5 - 17 - 19 - 34 - 62 - 71 - 72 - 76 - 91 - 102 - 103 - 123 - 125 - 129 - 130 - 142 - 149 - 151 - 152 - 162 - 163 - 166 - 169 - 182 - 195 - 205 - 221 - 230 - 238 - 254 - 256 - 258 - 262 - 264 - 265 - 272 - 273 - 276 - 290 - 292 - 315 - 323 - 327 - 346 - 347 - 362 - 370 - 371 - 372 - 402.

Albuminuries transitoires non retrouvées dans le service : 2 observations : n^{os} 10 - 115. (Elles n'ont pas accouché dans le service).

Albuminuries permanentes isolées : 2 observations :

n° 176 : Avortement.

n° 348 : Protéinurie permanente, isolée, découverte au 3^e mois de la première grossesse. Avortement au 4^e mois. (syndrome néphrotique ?)

Il faut remarquer cependant que 14 malades que nous avons classées dans le groupe des dysgravidies sans albuminurie (parce que l'élévation tensionnelle ou les œdèmes étaient nettement prédominants), ont présenté malgré tout une albuminurie transitoire cédant rapidement au repos : observation n°s 140 - 158 - 187 - 198 - 227 - 284 - 340 - 343 - 372 - 385 - 395 - 403 - 421 - 422.

Affections malignes : Comme nous l'avons signalé, l'évolution particulièrement rapide et grave des cancers associés à une grossesse nous a fait classer dans ce chapitre les cas que nous avons relevés pour l'année 1965, bien que l'affection ait débuté avant la gestation.

— **N° 26.** tumeur du sein droit, traitée par irradiation 1 mois 1/2 au début de la grossesse, hospitalisation au 8^e mois pour des troubles psychiques graves APS d'un enfant hypotrophique, s'alimentant difficilement, disparition des troubles psychiques après l'accouchement.

— **N° 192.** néoplasme du col utérin avec envahissement du paramètre. Interruption thérapeutique de la gestion. Curiéthérapie puis intervention. Suites simples.

Signalons enfin :

— 2 cas d'hématuries : n°s 21 - 387.

— 2 cas d'hématémèses : n°s 44-216.

— 3 cas de phlébite : n°s 101 - 111 - 329.

— 3 cas de colique snéphrétiques : n°s 104 - 218 - 233.

— 1 cas de coliques hépatiques : n° 298.

— 1 cas de potomanie : n° 247.

— 7 cas decystite : n° 167 - 278 - 313 - 347 - 357 - 417 - 421.

— 1 cas de Pneumoconiose avec pleurésie droite : n° 178.

— 1 cas de tétanie : n° 259.

- 1 cas de rein polykystique : n° 157 avec imperméabilité rénale relative se traduisant par une hyperazotémie. Alb. 0 TA normale. La diminution des œstrogènes à 3000 γ peut être liée à l'imperméabilité rénale. Césarienne prophylactique.
- 1 cas de tumeur conjonctive histologiquement bénigne du grand droit, associée à une grossesse de 3 mois 1/2. Resection très large, suites simples : n° 289.
- 1 cas de pancréatite nécrotique : n° 335 se traduisant par un ventre chirurgical avec des signes fonctionnels bruyants et suffisamment important pour motiver une laparotomie d'urgence, qui a montré une pancréatite nécrotique. 5 heures plus tard rupture spontanée de la poche. Accouchement d'un enfant de 2 kgs en état de mort apparente. Tentative infructueuse de réanimation délivrance artificielle, suites simples.
- 2 cas de syndrome douloureux de la fosse iliaque droite n° 257 - 379.
- 1 cas de troubles de la vésicule biliaire, avec ictère : n° 365.
- 1 cas de myxoœdème congénital par éctopie thyroïdienne : n° 414.
- 1 cas de kyste pédiculé du mésentère. Intervention le 19.11.65 au pavillon L. Suites simples : n° 353.

TROISIEME GROUPE

Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus

Dans ce cadre nous ne faisons plus entrer les avortements habituels, que nous hospitalisons actuellement à l'infirmierie de la clinique. par contre, ce groupe comprend :

Les hospitalisations pour préventions d'accouchement prématurés habituels : 8 observations : n^{os} 96 - 203 - 235 - 260 - 311 - 314 - 381 - 404.

Rappel pour 1957 : 6 observations
1958 : 14 —
1959 : 8 —
1960 : 10 —
1961 : 4 —
1962 : 2 —
1963 : 5 —
1964 : 5 —

Les hospitalisations pour antécédents de morts inexpliqués du fœtus au voisinage du terme : 6 observations n^{os} 56 - 100 - 113 - 186 - 288 - 333.

Rappel pour 1957 : 7 observations
1958 : 9 —
1958 : 9 —
1959 : 3 —
1960 : 6 —
1961 : 1 —
1962 : 3 —
1963 : 3 —
1964 : 6 —

Les grossesses prolongées : 17 observations : n^{os} 6 - 7 - 131 - 132 - 147 - 183 - 200 - 220 - 226 - 230 - 280 - 294 - 308 - 324 - 354 - 358 - 373.

Rappel pour 1957 : 3 observations
1958 : 6 —
1959 : 5 —
1960 : 14 —
1961 : 9 —
1962 : 4 —
1963 : 0 —
1964 : 25 —

Parmi les 8 gestantes sujettes **aux accouchements prématurés**, 6 ont accouché à la clinique, elles ont bénéficié du traitement

mis en œuvre à la clinique obstétricale : repos strict au lit, anti-spasmodiques au premier rang desquels on trouve le β glycérophosphate de sodium intraveineux à raison de deux injections par semaine, et traitement hormonal, conduit en fonction des bilans. Chez 5 femmes (n° 96 - 203 - 311 - 404) l'état du col a fait poser l'indication de cerclage avec ablation du fil environ un mois avant terme, lorsque l'enfant paraît d'un poids suffisant. 3 femmes seulement ont accepté le cerclage : n° 96 - 260 - 404.

Nous avons obtenu :

- 5 enfants vivants par accouchement au voisinage du terme (10 à 20 jours) n° 235 - 260 - 314 - 381 - 404.
- 1 accouchement prématuré à 6 mois d'un fœtus vivant qui meurt rapidement : n° 96.

On compte en outre :

- 7 menaces d'accouchements prématurés isolés, douleurs abdominales plus métrorragie n° 15 - 83 - 110 - 143 - 168 - 211 - 391.
- 2 ont accouché à la clinique obstétrical : n° 15 - 168 : accouchement spontané au voisinage du terme

Les 6 cas d'antécédents de **mort inexpliquée** concernant une mort foetale se produisant avant tout début de travail, et sans que l'on trouve une étiologie valable. (Définition empruntée à la thèse de R. Cattin, Lyon 1955). Nous avons obtenu 6 enfants vivants :

- 3 par APP : n°s 56 - 186 - 288.
- 1 par accouchement provoqué à terme : n° 113.
- 1 par ASAT : n° 333.
- 1 par césarienne prophylactique 1 mois avant terme : n° 100.

Les 17 observations de **grossesse prolongée** concernant des femmes dont le terme était dépassé de 15 jours à 1 mois, tous les enfants sont nés vivants :

- 8 par accouchements provoqués : n° 6 - 147 - 183 - 200 - 280 - 308 - 354 - 358.

- 9 par accouchements spontanés : n° 7 - 131 - 132 - 220 - 226 - 230 - 294 - 324 - 373.

Nous avons recueilli en outre :

- 2 **termes dépassés** de 10 jours
n° 121 : accouchement provoqué (perfusion)
n° 300 accouchement spontané
- 14 cas de "**bilan pour grossesse prolongé**" : n° 2 - 4 - 59 - 109 - 159 - 212 - 222 - 240 - 301 - 320 - 332 - 398 - 419 - 428

Il s'agit de femmes adressées à la clinique obstétricale pour grossesse prolongée, mais chez lesquelles une erreur sur l'âge réel de la grossesse était manifeste.

- 4 cas **d'hydramnios inexpliqué** : n° 118 - 188 - 268 - 387.

On note :

- 3 enfants vivants : n° 188 - 268 - 387.
- 1 mort rapide après l'accouchement : n° 118.
- 7 cas de **grossesse arrêtée sans étologie précise** : n°s 63 - 95 - 156 - 244 - 248 - 323 - 356.
- 4 cas de **suspicion de grossesse arrêtée** : n°s 23 - 160 - 228 - 287.
- 16 cas de **placenta proevia** marginal : n°s 1 - 33 - 37 - 74 - 78 - 87 - 94 - 127 - 173 - 219 - 232 - 241 - 266 - 326 - 364 - 411.

Nous avons obtenu :

7 accouchements spontanés au voisinage du terme : n° 1 - 87 - 127 - 232 - 266 - 364 - 411.

3 APS : n° 173 : accouchement spontané prématuré 1 mois et 20 jours avant terme d'un nouveau-né prématuré débile 1,400 kg.

n° 241 : APS suites simples

n° 326 : accouchement spontané par le siège d'un enfant prématuré cyanosé ne respirant pas.

3 césariennes pratiquées d'urgence pour hémorragie :

n° 74 : Essai d'accélération du travail par perfusion d'hypoplyse : échec de la perfusion, hémorragie césarienne.

n° 94 : placenta proevia latéral, hémorragie importante césarienne 48 jours avant terme, nouveau-né prématuré, suites simples.

n° 219 : placenta proevia marginal, présentation de siège césarienne 24 jours avant terme, enfant mort-né.

1 cas de placenta proevia associé à une iso-immunisation anti Rh sévère. Hémorragie ++, APS d'un enfant né-vivant, mort 4 heures plus tard (ictère ++): n° 33.

1 cas de placenta proevia anatomique associé à une néphropathie gravidique au cours d'une grossesse gémellaire n° 37.

1 cas de décollement pathologique d'un placenta proevia avec mort du fœtus in utéro, chez une femme ayant des antécédents de néphropathie gravidique : n° 78.

— 1 cas de **tumeur du placenta**, expliquant un hydramnios +++ : accouchement prématuré à 6 mois 3/4 d'un enfant décédé 24 heures après la naissance : n° 32.

— 1 cas de **septum utérin** entraînant une hémorragie au cours de la grossesse : accouchement spontané au voisinage du terme n° 79.

— 1 cas de **malformation utérine** et, mort habituelle du fœtus in utéro. Césarienne prophylactique. Enfant vigoureux : n° 242.

— 2 cas de **rétroversion** :

n° 243 : Rétroversion ligamentopexie, avortement à répétition. APS.

n° 425 : Rétroversion ligamentopexie, accouchement prématuré d'un enfant décédé 3 jours plus tard.

— 7 cas de **ruptures prématurées des membranes** : n° 31 - 54. 105 - 208 - 217 - 377 - 420.

1 malade n'a pas accouché dans le service : n° 208. Sur les 6 malades hospitalisées pour rupture prématurées des membranes, et ayant accouché dans le service, nous avons obtenus :

5 enfants vivants : n° 31 - 54 - 105 - 377 - 420.

l'accouchement prématuré à 7 mois, avec mort rapide du nouveau-né (malformations : hydrocephalie, achondroplasie, anasarque). n° : 217.

QUATRIEME GROUPE

Maladies spéciales à l'état de gestation

Dans ce groupe des affections spéciales à l'état de gestation, nous considérons, après les vomissements gravidiques, les grossesses hétérogènes avec isoimmunisation et enfin les dysgravidies avec ou sans albuminurie.

Nous savons que pour désigner ces maladies spéciales à l'état de gestation, Monsieur le Professeur PIGEAUD a créé le terme de "**Dysgravidie**". Il distingue les dysgravidies des 3 premiers mois (parmi lesquelles vomissements et ptyalisme) qui accompagnent le passage de l'état de non-gravidité à l'état de gestation physiologique réalisé au deuxième trimestre, et les dysgravidies du troisième trimestre qui accompagnent la désintégration progressive des édifications gravidiques, étant entendu que l'accouchement ne représente qu'une étape de cette désintégration et non son point final.

Nous ferons donc figurer dans cette rubrique toutes les observations témoignant d'un déséquilibre de l'état gravidique : cependant, nous désignerons essentiellement sous le terme de dysgravidie les déséquilibres du troisième trimestre se traduisant par de **l'albuminurie**, des **œdèmes de l'hypertension** accompagnés ou non de signes généraux ou fonctionnels plus ou moins marqués.

Parmi les dysgravidies du troisième trimestre nous distinguerons

- les dysgravidies avec hypertension ou œdèmes (prise de poids importante) sans albuminurie.
- les néphropathies gravidiques dans lesquelles aux symptômes précédents, s'ajoute l'albuminurie. Celle-ci ne doit pas faire perdre de vue (surtout si l'on considère que la grossesse normale s'accompagne d'une légère hypotension) que

l'élévation tensionnelle même faible reste l'élément essentiel de la néphropathie sans élévation tensionnelle.

Cette expression " néphropathie gravidique " forme clinique des dysgravidies, est une expression qui doit être conservée dans la mesure où, attirant l'attention sur les perturbations du fonctionnement rénal (perturbation secondaires et habituellement régressives), elle facilite le dépistage par les sages-femmes et les médecins praticiens de la maladie gravidique.

La crainte de la néphropathie gravidique et de ses redoutables complications est à l'origine de l'extrême prudence des praticiens vis-à-vis de toute albuminurie ou modifications tensionnelle au cours de la grossesse. C'est ainsi que de nombreuses malades ont été hospitalisée pour de simples albuminurie minimales ou élévations tensionnelles transitoires d'origine neurotonique cédant rapidement par le repos et que nous avons classées malgré tout dans les dysgravidies.

Jusqu'en 1957, les élèves de la clinique obstétricale qui ont consacré leur thèse à l'étude de la pathologie gravidique, n'ont étudié en détail que les néphropathies gravidiques pures, c'est-à-dire se manifestant chez les femmes exemptes d'antécédents et ne présentant aucun signe d'atteinte rénale ou vasculaire au cours des premiers mois de grossesse.

Ces faits sont très différents de ceux ayant trait aux néphrites, mais, malgré tout, un certain nombre de néphrites chroniques présentent au cours des derniers mois de la grossesse, des signes d'aggravation. Tout se passe, cliniquement et biologiquement, comme si le trouble fonctionnel se surajoutait aux manifestations pathologiques initiales. On peut donc considérer que ces aggravations de néphrites chroniques en fin de grossesse (aggravations qui souvent rétrocedent après l'accouchement) correspondent à des **néphropathies gravidiques surajoutées** à la maladie chronique antérieure. Nous les faisons maintenant figurer parmi nos observations détaillées.

Il a aussi été signalé la fréquence de l'association : néphropathie gravidique ou néphrite chronique et pyurie. Nous ne pensons pas que les inflammations urinaires jouent un rôle important dans la pathogénie habituelle des néphropathies : nous pensons au con-

traire que ces pyuries apparaissent secondairement chez une femme enceinte maintenue au lit pendant longtemps et soumise à un régime favorisant singulièrement l'apparition d'une colibacillose.

Depuis 1961, pour préciser le diagnostic, on fait appel à l'étude électrophorétique des urines des femmes enceintes présentant une protéinurie. (Thèse de E. Délarbre, Lyon 1962).

Il semble que l'on puisse aider à préciser le diagnostic étiologique des protéinuries de la grossesse, ceci tout spécialement dans le cas de pyélonéphrites larvées où le traitement est important qui doit éliminer le passage à la chronicité et le risque de néphrite interstitielle ascendante.

Nous éliminerons donc de ce cadre nosologique les affections des voies urinaires.

Vomissements gravidiques : 24 observations : n° 39 - 81 - 82 - 86 - 98 - 99 - 139 - 148 - 150 - 174 - 179 - 181 - 207 - 224 - 237 - 293 - 296 - 302 - 306 - 328 - 339 - 355 - 380 - 427.

Rappel pour 1949 : 18 observations

1950 :	21	—
1951 :	12	—
1952 :	14	—
1953 :	22	—
1954 :	25	—
1955 :	16	—
1956 :	26	—
1957 :	23	—
1958 :	20	—
1959 :	26	—
1960 :	29	—
1961 :	35	—
1962 :	15	—
1963 :	17	—
1964 :	27	—

Grossesses hétérogènes avec iso-immunisation : 30 observations
n°s 18 - 33 - 36 - 50 - 64 - 67 - 85 - 88 - 102 - 106 - 108 - 133 - 155 - 161 - 164 - 189 - 194 - 225 - 271 - 286 - 304 - 309 - 316 - 330 - 331 - 363 - 368 - 399 - 408 - 426.

Rappel pour 1953 : 10 observations

1954 :	5	—
1955 :	13	—
1956 :	13	—
1957 :	18	—
1958 :	20	—
1959 :	29	—
1960 :	17	—
1961 :	24	—
1962 :	15	—
1963 :	31	—
1964 :	33	—

Dysgravidies sans albuminurie : 37 observations : n^{os} 19 - 25 - 80 - 97 - 107 - 140 - 144 - 146 - 152 - 158 - 185 - 187 - 191 - 194 - 198 - 214 - 227 - 246 - 276 - 288 - 305 - 312 - 319 - 340 - 343 - 360 - 372 - 376 - 382 - 385 - 392 - 393 - 403 - 407 - 421 - 422.

Rappel pour 1950 : 9 observations

1951 :	29	—
1952 :	17	—
1953 :	13	—
1954 :	30	—
1955 :	31	—
1956 :	24	—
1957 :	16	—
1958 :	38	—
1959 :	23	—
1960 :	47	—
1961 :	19	—
1962 :	12	—
1963 :	21	—
1964 :	28	—

Néphropathies gravidiques pures : 20 observations : n^{os} 11 - 20 - 27 - 51 - 77 - 78 - 119 - 122 - 134 - 145 - 215 - 223 - 245 - 253 - 270 - 275 - 291 - 322 - 410 - 412.

Rappel pour 1949 : 27 observations

1950 : 31	—
1951 : 33	—
1952 : 31	—
1953 : 34	—
1954 : 41	—
1955 : 30	—
1956 : 36	—
1957 : 32	—
1958 : 43	—
1959 : 45	—
1960 : 44	—
1961 : 31	—
1962 : 21	—
1963 : 20	—
1964 : 31	—

Néphropathies gravidiques surajoutées : 19 observations : n^{os}
29 - 37 - 61 - 73 - 116 - 117 - 120 - 135 - 161 - 172 - 184 - 189 - 197
249 - 341 - 366 - 386 - 400.

Rappel pour 1958 : 7 observations

1959 : 7	—
1960 : 12	—
1961 : 9	—
1962 : 3	—
1963 : 9	—
1964 : 6	—

— Nos 24 observations de **vomissements gravidiques** concernent des vomissements des trois premiers mois de la grossesse.

— Nos 30 observations de **grossesses hétérogènes avec iso-immunisation** comportent :

- 29 cas d'iso-immunisation anti-Rh.
- 1 cas d'iso-immunisation anti-A.

Parmi les iso-immunisations anti-Rh, nous avons relevé :

- 18 cas d'iso-immunisation de type mineur, avec enfants vivants dont l'atteinte minime n'exigea pas d'exanguinotransfusion : n^{os} 18 - 36 - 50 - 64 - 67 - 133 - 155 - 164 - 225 - 271 - 286 - 309 - 368. par accouchement provoqué.
n^{os} 85 - 102 - 108 - 304 - 399 par accouchement spontané.

- 2 cas d'iso-immunisation sévère dans lesquels la thérapeutique a permis d'obtenir des enfants vivants : n^{os} 106 - 408 par accouchement prématuré provoqué et exanguino-transfusion précoce.
- 1 césarienne 1 mois avant terme pour iso-immunisation sévère : n° 331.
- 2 cas d'iso-immunisation anti Rh sévère, avec anasarque fœto-placentaire, associés à une néphropathie gravidique, mort du fœtus in utéro : n^{os} 161 - 189.
- 1 cas d'iso-immunisation sévère associée à un placenta proevia. Accouchement prématuré (elle n'a pas accouché dans le service) d'un enfant né-vivant, mort 4 heures après d'un ictère ++ : n° 33.
- 1 cas d'iso-immunisation avec mort du fœtus in utéro : n° 316.
- 1 cas d'iso-immunisation anti Rh post-transfusionnelle, mort du fœtus in utéro à la fin du 6^e mois. Accouchement provoqué 25 jours après la mort du fœtus : n° 88.
- les malades des observations n° 194 - 330 - 426 n'ont pas accouché dans le service.

Le cas d'iso-immunisation anti-A : iso-immunisation modérée, non aggravée par la grossesse actuelle, accouchement provoqué à terme : n° 363.

— Nos 37 observations de **dysgravidies sans albuminurie**, se décomposent ainsi :

— 18 cas de dysgravidies hypertensives pures : n^{os} 19 - 25 - 80 - 97 - 152 - 185 - 194 - 214 - 227 - 288 - 305 - 312 - 319 - 340 - 372 - 376 - 392 - 393.

— 13 cas de dysgravidies hypertensives et œdémateuses : n^{os} 107 - 144 - 146 - 158 - 191 - 246 - 276 - 343 - 360 - 385 - 407 - 421 - 422.

— 5 cas de dysgravidies avec œdèmes nettement prédominants : n^{os} 140 - 187 - 198 - 382 - 403.

Parmi ces 37 observations, noter que dans 14 cas, il a existé une albuminurie minime transitoire ayant cédée rapidement au repos :
n^{os} 140 - 158 - 187 - 198 - 227 - 284 - 340 - 343 - 372 - 385 - 393 -
403 - 421 - 422.

LES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES

OBSERVATION N° 11

Références : Mme B..., 22 ans.

Classement : Néphropathie gravidique authentique avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes discrets.

Bilan sanguin :

8.1.65 : Hc : 36 % - RA : 54,5V - Urée : 0,32 - Cl : 110 - Na : 148 -
K : 5,2 - PT : 62,5 - Glycémie : 0,70.

Electrophorèse du sérum : PT : 78 %.

Nette élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

9.1.65 : Acide urique : 60 mg %.

Evolution tensionnelle :

8.1.65 : TA : 150/100.

Bilan urinaire :

8.1.65 : Electrophorèse des urines : PT : 2 %. Nette prédominance
de l'albumine et sidérophiline, les autres globulines sont en-
core présentes.

9.1.65 : Alb. : 1,80.

Compte d'Addis : Hématies/m : 1.000.

Leucocytes/m : 2.200.

Bilan hormonal :

13.1.65 : PG : 51,6 - GT : 87,9 - PST : 9.440 - OD : 800 - T : 8.640 -
K : 9.

Examens spéciaux :

8.1.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

15.1.65 : Accouchement spontané 10 jours avant terme (Obs. n° 119).

Enfant : Sexe féminin. 3.140/720. Test d'Apgar : 10/10.

Evolution de la néphropathie :

18.1.65 : Alb. : 0,50.

22.1.65 : Alb. : 0,40.

23.1.65 : Alb. : 0,50. Nombreux leucocytes isolés.
TA : 145/85.

3.2.65 : Alb. : 0.
TA : 145.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée, ayant débutée par de légers œdèmes. Amélioration légère sous l'influence du traitement. ASAT. Amélioration rapide dans les suites de couches. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 14

Références : Mme M..., 33 ans.

Classement : Néphropathie gravidique surajoutée à une néphrite chronique chez une femme présentant une anémie ferriprive d'origine digestive. HTA : modérée.

Chronologie : 9^e geste, fin 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes + + +.

Bilan sanguin :

10.1.65 : Hc : 22 % - RA : 46 V - Urée : 0,24 - Cl : 103 - Na : 151 - K : 4,3 - PT : 62,5.

11.1.65 : Hc : 40 % - RA : 60 V - Urée : 0,20 - Cl : 114 - Na : 145 - K : 4,3 - Acideurique : 70.

Electrophorèse du sérum : Protéines totales : 48 :

Forte élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines, les gamma globulines sont très diminués.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

GR : 1.900.000 - VG : 0,81.

14.1.65 : Absence d'hyperbilirubinémie.

Réticulocytes non significatifs.

Résistances globulaires normales.

Absence d'auto-anticorps, absence d'Hb foétale.

thrombopénie à 75.000, tests de fibrinolyse normaux.

16.1.65 : Cholestérol : 2,50.

19.1.65 : GR : 4.220.000 (après transfusion). VG : 0,96.

20.1.65 : Vit. B12 : 439 μ mg/ml. Diméthionine : 8,75 mg/ml.
Fer sérique : 73 γ .

- 29.1.65 : Electrophorèse du sérum : forte élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.
- 30.1.65 : Hc : 28 % - RA : 50 V - Urée : 0,23 - Cl : 113 - Na : 140 - K : 4,3 - PT : 48 - S : 29 - G : 19 - S/G : 1,52.
Acidéurique : 59 - Cholestérol : 2,40.
- 2.2.65 : GR : 4.100.000 - VG : 0,69.
- 8.2.65 : GR : 4.200.000 - VG : 0,61.
- 12.2.65 : Hc : 24 % - RA : 54 V - Urée : 0,32 - Cl : 107 - Na : 140 - K : 4,7 - PT : 38 - S : 22,5 - G : 15,5 - S/G : 1,46.
Acide urique : 61.
- 13.3.65 : Hc : 21 % - RA : 58 V - Urée : 0,38 - Cl : 107 - Na : 150 - K : 3,7 - PT : 59,5.
- 15.3.65 : GR : 3.660.000.
GB : 5.700 - Hb : 6,7 - VG : 0,65.

Evolution tensionnelle :

- 11.1.65 : TA : 140/80.
- 18.1.65 : TA : 120/80.
- 29.1.65 : TA : 125/60.

Bilan urinaire :

- 11.1.65 : Alb. : 0,70.
Cytologie : Nombreux leucocytes altérés, quelques hématies.
Compte d'Addis : H/m < 1.000.
L/m : 1.300.
Electrophorèse des urines : prédominance de l'albumine, alpha 1 et bêta globulines.
- 16.1.65 : Alb. : 1.
Cytologie : nombreuses hématies, rares leucocytes.
Oxalates : + +.
- 29.1.65 : Electrophorèse des urines : Prédominance de l'albumine, alpha 1, et bêta globulines.
- 30.1.65 : Alb. : 10.
Cytologie : assez nombreux leucocytes altérés, quelques hématies, cylindres granuleux.
Compte d'Addis : H/m : 1.000.
L/m : 2.600.
- 9.2.65 : Alb. : 10.

Bilan hormonal :

- 13.1.65 : FV : cytolyse. Index corrects.
PG : 17,5 - GT : 39,3 - PST : 4.760 - K : 39 - OD : 1.240 - T : 3.520.
- 16.1.65 : 17 CS : 7,2 - OH : 3,3 - Prénanetriol : 1568 γ jours.

19.1.65 : PG : 28 - GT : 54.

21.1.65 : PST : 6.640 - K : 15 - OD : 880 - T : 7.560.

4.2.65 : FV : Cytolyse importante, équilibre gravidique convenable.

Examens spéciaux :

11.1.65 : FO : normal.

30.1.65 : Weber : 1 : +
2 : +.
3 : 0.

Evolution de la grossesse :

4.3.65 : Accouchement spontané à terme (Obs. n° 530).

Enfant : Sexe féminin. 2.640/420. Test d'Apgar : 6/10.

Evolution de la néphropathie : suites simples.

Conclusion :

Néphropathie gravidique apparue à la fin du 7^e mois. HTA : modérée. Albuminurie importante, œdèmes + + +. Sous l'influence du repos et du traitement : amélioration spectaculaire. ASAT. Enfant en état de mort apparente. Réanimation. La mère reste anémique. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 20

Références : Mme D..., 21 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure au voisinage du terme chez une femme neurotonique. HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9 mois.

Accidents paroxystiques : œdèmes.

Bilan sanguin :

15.1.65 : Electrophorèse du sérum : Protéines totales : 66.
Légère élévation des alpha 2 globulines.
Tracé de néphropathie gravidique.

16.1.65 : Hc : 46 % - RA : 55,5 - Urée : 0,20 - Cl : 110 - Na : 147 -
K : 4,2 - PT : 70.

Evolution tensionnelle :

12.12.65 : TA : 140/80.

11.1.65 : TA : 130/70.

13.1.65 : TA : 140/80.

Bilan urinaire :

12.12.65 : Alb. : 0.

11.1.65 : Alb. : +.

12.1.65 : Alb. : traces, assez nombreux leucocytes isolés, cellules épithéliales.

15.1.65 : Electrophorèse des urines (PT : 0,4 ‰) : nette prédominance d'albumines et bêta globulines.

16.1.65 : Alb. : 0,20.

Compte d'Addis : Hématies/m < 1.000.

Leucocytes/m < 1.000.

Bilan hormonal :

13.1.65 : PST : 15.760 - K : 9,4.

OD : 1.360 - T : 14.400.

Examens spéciaux :

13.1.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

16.1.65 : Accouchement spontané 10 jours avant terme (Obs. n° 125).

Enfant : Sexe masculin. 3.620/700. Test d'Apgar : 10/10.

Evolution de la néphropathie :

16.1.65 : TA : 160/90.

19.1.65 : Alb. : 0. Nombreux leucocytes isolés ou en amas, et altérés, cellules épithéliales.

TA : 120/70.

24.3.65 : Alb. : 0.

TA : 125/7.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure. HTA modérée au cours du 9^e mois, chez une neurotonique. ASAT, amélioration immédiate dans les suites. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 27

Références : Mme M..., 32 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Bilan sanguin :

- 14.1.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 59.
Légère élévation des alpha 2 globulines.
Tracé semblant évoquer une néphropathie gravidique.
- 16.1.65 : Hc : 40 % - RA : 57 - Urée : 0,14 - Cl : 113 - Na : 162 -
K : 3,6 - PT : 58,5 - S : 37,5 - G : 21 - S/G : 1,76.
Cholestérol : 2,80 - Glycémie : 0,91.
Acide urique : 32.
- 3.2.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 68.
Nette élévation des alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

- 13.1.65 : TA : 125/80.
18.1.65 : TA : 130.
21.1.65 : TA : 130.
1.2.65 : TA : 135/70.

Bilan urinaire :

- 14.1.65 : Electrophorèse des urines : PT : 0,9‰.
Nette prédominance des alpha 1, albumine, bêta et gamma globulines.
- 16.1.65 : Alb. : 0,20. Quelques leucocytes, oxalates +, très rares hématies.
- 18.1.65 : Alb. : 0,30.
- 21.1.65 : Alb. : +.
- 2.2.65 : Présence de mucus, de quelques cellules, ni pus, ni sang, ni cylindres.
- 3.2.65 : Electrophorèse des urines.
Forte prédominance de l'élimination de l'albumine, bêta globulines, les autres protéines sont néanmoins présentes.

Bilan hormonal :

- 18.1.65 : PG : 76,8.
20.1.65 : FV : équilibre gravidique satisfaisant.
21.1.65 : GT : 157 - PST : 39.950 - K : 39 - OD : 1.520 - T : 38.430.

Evolution de la grossesse :

- 3.2.65 : Accouchement spontané 17 jours avant terme (Obs. n° 291).

Enfant : Sexe féminin. 3.560/720. Vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

- 5.2.65 : Alb. : 0.
- 11.2.65 : Alb. : 9. Rares leucocytes isolés non altérés. Rares hématies.
Températures subfébrile avec signes discrets d'endométrite.
TA : 130/80.

24.3.65 : Alb. : 0.
TA : 105/60.

Conclusion :

Néphropathie gravidique à minima, apparue au 8^e mois. HTA : modérée. Amélioration par le repos et le traitement, APS 2 semaines avant terme. Amélioration immédiate dans les suites. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 29

Références : Mme V..., 26 ans.

Classement : Néphropathie gravidique précoce surajoutée à une néphrite interstitielle. HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois 1/2.

Accidents paroxystiques : Prééclampsie.
Mort du fœtus in utero.

Bilan sanguin :

25.1.65 : Hc : 44 % - RA : 56,5 - Urée : 0,28 - Cl : 108 - Na : 145 - K : 3,5 - PT : 53 - S : 34,5 - G : 18,5 - S/G : 1,86.
Cholestérol : 3,20.
Acide urique : 66.
Electrophorèse du sérum. Protéines totales : 44.
Très forte élévation des alpha 2 globulines. Les gamma globulines sont à la limite inférieure de la normale.
Plus qu'une néphropathie gravidique il semble s'agir d'une néphrose vraie.
5.2.65 : Fibrinogène : 3,60 g.

Evolution tensionnelle :

23.1.65 : TA : 130.
25.1.65 : TA : 120.
1.2.65 : Disparition de tous les signes de la néphropathie gravidique sous l'influence d'un arrêt de développement de l'œuf.
5.2.65 : TA : 120/70.

Bilan urinaire :

23.1.65 : Alb. : 15. Quelques leucocytes en amas altérés, cylindres granuleux, très nombreuses cellules épithéliales.
25.1.65 : Alb. : 1,40. Rares leucocytes isolés. Rares cellules épithéliales.
Compte d'Addis : Hématies/m : 1.000.
Leucocytes/m : 1.200.
Electrophorèse des urines : PT : 5 %. Très forte prédominance de l'albumine, alpha 1 et bêta globulines.

30.1.65 : Alb. : 0. Très nombreuses hématies. Nombreux leucocytes isolés et altérés.

3.2.65 : Alb. : 0,50. Nombreuses cellules épithéliales. Leucocytes, rares hématies.

Bilan hormonal :

27.1.65 : PG : 28 - GT : 50,4.

30.1.65 : PST : 1.840 - K : 15.
OD : 240 - T : 1.600.

3.2.65 : FV : Cellules intermédiaires, la plupart naviculaire, rarement en petits amas, le plus souvent complètement isolées. Index très bas. Equilibre satisfaisant.

Examens spéciaux :

1.2.65 : Clearance à la créatinine :
Créatinine sérique : 10 mg ‰.
Créatinine urinaire : 1.010 mg ‰.
Diurèse : 1.000 ml.
Clearance : 69.

3.2.65 : FO : RAS à part des artères un peu grêle.

4.2.65 : Radio foetale : spalding ++.

Evolution de la grossesse :

1.2.65 : Arrêt de développement de l'œuf.

5.2.65 : APP. 3 mois avant terme (Obs. n° 314).

Enfant : Sexe masculin, mort-né macéré. 1.040/380.

Evolution de la néphropathie :

15.2.65 : Alb. : 0,50.
TA : 100.

27.4.65 : Electrophorèse urinaire : tracé à la limite de la protéinurie physiologique.

29.4.65 : Alb. : 0.
Cytologie : RAS.
Addis : Hématies/m < 1.000.

Leucocytes/m < 1.000.

15.5.65 : UIV : Bassinet droit un peu dilaté et atone.
Numération de germes : 400.000 germes.

Conclusion :

Néphropathie gravidique précoce au 7^e mois, surajoutée à une néphrite interstitielle. HTA : modérée. Prééclampsie, cure de sommeil et amélioration rapide, peut-être sous l'influence d'un arrêt de développement de l'œuf. APP 3 mois avant terme d'un macéré. Amélioration dans les suites de couches.

OBSERVATION N° 37

Références : Mme C..., 24 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une infection urinaire, au cours d'une grossesse gémellaire, avec placenta prævia anatomique. HTA : élevée.

Chronologie : 3^e geste, fin 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Bilan sanguin :

2.2.65 : HC : 33 % - RA : 55 V - Urée : 0,31 - Cl : 109 - Na : 147 - K : 4,4 - PT : 54 - S : 30,5 - G : 23,5 - S/G : 1,30.

Acide urique : 69 - Cholestérol : 4,15.

Electrophorèse du sérum : protéines totales : 66 :

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Légère élévation des alpha 1 globulines et nette élévation des alpha 2 globulines.

8.3.65 : Electrophorèse du sérum :

Tracé à peu près typique de néphropathie gravidique.

Nette élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

1.2.65 : TA : 160/90.

3.2.65 : TA : 180/100.

Bilan urinaire :

2.2.65 : Alb. : 0,45.

Cytologie : nombreux leucocytes, quelques hématies. Cellules épithéliales.

Electrophorèse des urines : les bêta globulines sont très marqués, l'albumine est relativement importante par rapport aux autres globulines, bêta exceptés.

3.2.65 : Compte d'Addis : H/m : 2.600.

L/m : 17.000.

13.2.65 : Alb. : 0,10.

24.2.65 : Alb. : 0,35.

Cytologie : très nombreuses cellules épithéliales assez nombreux leucocytes. Germes : ++.

2.3.65 : Alb. : 0,10. Nombreux leucocytes isolés.

8.3.65 : Electrophorèse des urines : tracé de sérum avec des gamma globulines un peu diminuées.

Bilan hormonal :

5.2.65 : PG : 68 - GT : 125.

PST : 5.380 - K : 12 - OD : 580 - T : 4.800.

Evolution de la grossesse :

8.3.65 : Accouchement spontané 12 jours avant terme (Obs. 555/556).

Enfant : 1) Sexe féminin, mort-né macéré, 2.630.

2) Sexe féminin, 2.600, test d'Apgar : 7.

Evolution de la néphropathie :

15.3.65 : Alb. : 0,10.

Cytologie : rares leucocytes, cellules épithéliales.

20.3.65 : Alb. : 0.

TA : 150/90.

Conclusion :

Néphropathie gravidique associée à une infection urinaire avec HTA : élevée. Grossesse gémellaire univitelline. Accouchement spontané près du terme d'un macéré, et d'un 2^e enfant en bonne santé. Disparition de l'albuminurie dans les suites de couches, mais persistance d'une HTA à 15.

OBSERVATION N° 51

Références : Mme K..., 44 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 2^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Prééclampsie.

Légers oedèmes des membres inférieurs.

Bilan sanguin :

17.2.65 : Hc : 50 % - RA : 42,4 V - Urée : 0,54 - Cl : 109 - Na : 135 - K : 4,6.

19.2.65 : Hc : 42 % - RA : 49,5 V - Urée : 0,87 - Cl : 101 - Na : 135 - K : 4,4 - PT : 57,5.

Acide urique : 166.

Electrophorèse : PT : 73.

Assez forte élévation des alpha I globulines, les gamma globulines sont légèrement augmentées.

24.2.65 : Urée : 0,46.

Evolution tensionnelle :

18.2.65 : TA : 125/70.

Bilan urinaire :

17.2.65 : Alb. : 3.
Nombreux cylindres granuleux.
Quelques cristaux.
Nombreuses cellules épithéliales.

Examens spéciaux :

18.2.65 : FO : hémorragies et exsudats.
TACR : 30.

Evolution de la grossesse :

18.2.65 : Accouchement 20 jours avant terme d'un mort-né, et le placenta présentant des infarctus blancs (obs. n° 403).

Enfant : Sexe féminin, mort-né, 2.880/850.

Evolution de la néphropathie :

19.2.65 : Electrophorèse des urines : tracé de protéinurie physiologique.
20.2.65 : Alb. : 0,10.
Nombreuses hématies, nombreuses cellules épithéliales, quelques leucocytes, rares cylindres hyalins.
22.2.65 : Alb. : 0,10. Rares hématies, quelques leucocytes, cellules épithéliales.
24.2.65 : Alb. : 0,10. Quelques hématies, quelques leucocytes. Cellules épithéliales.

Conclusion :

Néphropathie gravidique tardive, prééclampsie, APS, mort du fœtus au cours du travail. Essai de réanimation infructueuse. Persistance d'une légère albuminurie dans les suites immédiates.

OBSERVATION N° 61

Références : Mme P..., 29 ans.

Classement : Néphropathie gravidique récidivante, chez une femme ayant peut-être une atteinte chronique rénale HTA : modérée.

Chronologie : 2^e geste, 7 mois 1/2.

Bilan sanguin :

2.3.65 : HC : 36 % - RA : 46 - Urée : 0,12 - Cl : 112 - Na : 145 - K : 3,4 - PT : 56 - S : 34 - G : 22 - S/G : 1,54 - Cholestérol : 2,30.
Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

24.4.65 : Hc : 36 % - RA : 47,5 - Urée : 0,27 - Cl : 111 - Na : 150 -
K : 3,5 - PT : 55 - S : 33,5 - G : 21,5 - S/G : 1,51.
Acide urique : 90.
Cholestérol : 2,40.
Electrophorèse du sérum : tracé de néphropathie gravidique
typique. Légère élévation des alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

4.3.65 : TA : 110/60.
22.4.65 : TA : 150/100.
23.4.65 : TA : 150/90.
10.5.65 : TA : 125.

Bilan urinaire :

2.3.65 : Tracé de protéinurie physiologique.
4.3.65 : Alb. : 0.
Quelques leucocytes isolés non altérés.
Compte d'Addis : Hématies/m < 1.000.
Leucocytes/m < 1.000.
22.4.65 : Alb. : 0,50.
24.4.65 : Alb. : 0,40.
Peu nombreux leucocytes isolés, cellules épithéliales.
Compte d'Addis : Hématies/m < 1.000.
Leucocytes/m < 2.200.
Electrophorèse des urines : nette prédominance des albu-
alpha 1, et bêta globulines.
30.4.65 : Bacilles gram positif.
Bacilles gram négatif.
6.5.65 : Alb. : 0,30.
10.5.65 : Alb. : 0.

Bilan hormonal :

4.3.65 : PG : 20,5 - GT : 36,6 - PST : 5.160 - OD : 680 - T : 4.480 -
K : 15,1.
29.4.65 : PG : 61 - GT : 112 - PST : 8.760 - OD : 1.400 - T : 7.360 -
K : 19.
10.5.65 : FV : équilibre gravidique correct.

Examens spéciaux :

18.3.65 : UIV : normale.
Biopsie rénale : discrètes altérations glomérulaires, avec aug-
mentation des cellules axiales, et d'assez nombreux thrombi-
fibrinoïdes, comme on les voit dans les néphropathies gra-
vidiques récidivantes.
23.4.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

17.5.65 : Accouchement spontané 3 semaines avant terme d'un enfant décédé 2 jours après l'accouchement d'hémorragie méningée (obs. n° 1.169).

Enfant : Sexe féminin, 1.900/400, test d'Apgar : 7/10.

Grand débile, œdèmes modérés, quelques pauses respiratoires. Crises convulsives. PL : liquide hémorragique.

Evolution de la néphropathie :

20.5.65 : Alb. : 0,30.

Quelques leucocytes isolés non altérés.

Conclusion :

Néphropathie gravidique récidivante à 7 mois 1/2 de grossesse, HTA modérée, APS, 3 semaines avant terme d'un enfant mort 48 heures plus tard d'une hémorragie méningée. Petite albuminurie dans les suites immédiates de couches.

OBSERVATION N° 73

Références : Mme D..., 25 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une pyélite, HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Bilan sanguin :

16.3.65 : Hc - 32 % - RA : 53 - Urée : 0,29 - Cl : 110 - Na : 148 - K : 3,4 - PT : 62 - Cholestérol : 2,85.

Acide urique : 70.

Electrophorèse du sérum : PT : 54. Légère élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines. Tracé pouvant évoquer une néphropathie gravidique.

9.4.65 : Hc : 32 % - RA : 57,2 - Urée : 0,16 - Cl : 111 - Na : 150 - K : 3,3. PT : 60,5 - Cholestérol : 2,55.

Electrophorèse : PT : 67 : nette élévation des γ globulines.

21.5.65 : Electrophorèse : PT : 53 : légère élévation des alpha 1 et gamma globulines.

Evolution tensionnelle :

16.3.65 : TA : 140/80.

22.3.65 : TA : 110/60.

7.4.65 : TA : 120/90.

20.5.65 : TA : 145/9.

Bilan urinaire :

- 16.3.65 : Alb. : 0,60. Nombreuses hématies. Assez nombreux leucocytes. Très rares cylindres granuleux.
Compte d'Addis : Hématies/m : 18.000.
Leucocytes/m : 4.500.
Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 2 et bêta globulines.
- 9.4.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, bêta globulines.
- 13.4.65 : Compte d'Addis : Hématies/m : 1.600.
Leucocytes/m : 3.200.
- 6.5.65 : Alb. : 0,80. Très nombreuses hématies. Très nombreux leucocytes isolés et en amas.
- 20.5.65 : Alb. : +++.
- 21.5.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine et bêta globulines.

Bilan hormonal :

- 17.3.65 : FV : tendance à la dispersion cellulaire
IE > 10 %.
IK > 15 %.
- 19.3.65 : PG : 26,6 - GT : 51,2 - PST : 3.320 - K : 15 - OD : 440 - T : 2.880.
- 9.4.65 : FV : Bon équilibre gravidique. Bons index.
PG : 52 - GT : 97,4.
PST : 6.840 - K : 18,7.
- 11.5.65 : PG : 39 - GT : 97 - PST : 6.240 - K : 8,5.

Examens spéciaux :

- 19.3.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

- 21.5.65 : Accouchement provoqué 16 jours après terme (Obs. n° 1.201)

Enfant : Sexe masculin, 3.450/620. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

- 29.5.65 : Alb. : 0.
TA : 120/80.

Conclusion :

Néophropathie gravidique chez une Primigeste à la fin du 8^e mois, surajoutée à une pyélite. HTA modérée, accouchement provoqué 2 semaines après terme. Suites simples. mère et enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 77

Références : Mme G..., 21 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Mort du fœtus in utero avant la fin du 8^e mois.

Bilan sanguin :

17.3.65 : Hc : 44 % - RA : 37 V - Urée : 0,30 - Cl : 108 - Na : 137 -
K : 3,5 - Fibrinogène : 5.

18.3.65 : Hc : 30 % - RA : 51 V - Urée : 0,26 - Cl : 106 - Na : 142 -
K : 3,4 - Acide urique : 60.

PT : 65 - S : 35 - G : 27 - S/G : 1,29 - Cholestérol : 2,50.

Electrophorèse : PT : 67 :

Nette élévation des alpha 2 globulines.

Tracé typique de néphropathie gravidique.

24.3.65 : Hc : 41 % - RA : 61,5 V - Urée : 0,32 - Cl : 107 - Na : 152 -
K : 3,5 - Acide urique : 64.

PT : 67,5 - S : 31,5 - G : 36 - S/G : 0,88.

25.3.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 76. Assez forte élévation des
alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

10.3.65 : TA : 120/70.

17.3.65 : TA : 125/70.

Bilan urinaire :

10.3.64 : Alb. : +.

17.3.65 : Alb. : 4.

Assez nombreux leucocytes isolés non altérés.

Quelques cylindres granuleux. Mucus.

Evolution de la grossesse :

17.3.65 : Accouchement spontané 1 mois avant terme d'un mort-né
macéré (Obs. n° 637).

Enfant : Sexe masculin, mort-né macéré, 2.050/380.

Evolution de la néphropathie :

18.3.65 : Alb. : 0,90.

Cytologie : quelques leucocytes isolés non altérés.

Compte d'Addis : H/m > 1.000.

L/m : 10.500.

Electrophorèse des urines : très forte prédominance de l'albumine, alpha 1 et bêta globulines.

19.3.65 : TA : 120/70.

24.3.65 : Alb. : 1,20. Quelques hématies, quelques leucocytes isolés.
Compte d'Addis : H/m : 1.100.
L/m < 1.000.

25.3.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine, bêta globulines, il y a de gamma globulines.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure, HTA modérée. La mort du fœtus in utero un peu avant la fin du 8^e mois, semble bien la conséquence de cette néphropathie. Dans les suites de couches l'albuminurie persiste. La TA se régularise progressivement.

OBSERVATION N° 78

Références : Mme C., 36 ans.

Classement : Néphropathie gravidique récidivante avec décollement prématuré d'un placenta en situation prævia. HTA : modérée.

Chronologie : 5^e geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques :

Décollement pathologique d'un placenta prævia.
Mort du fœtus in utero.

Bilan sanguin :

18.3.65 : Hc : 33 % - RA : 55 V - Urée : 1,28 - Cl : 111 - Na : 145 - K : 3,4 - PT : 52,5.

20.3.65 : Hc : 35 % - RA : 51,5 V - Urée : 1,03 - Cl : 112 - Na : 148 - K : 4,8.

26.3.65 : Hc : 34 % - RA : 55 V - Urée : 0,14 - Cl : 109 - Na : 149 - K : 3,4 - PT : 63,5 - S : 35 - G : 28 - S/G : 1,27.
Uricémie : 63.
Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

2^e mois : TA : 120/70.
6^e mois : TA : 140.

Bilan urinaire :

2^e mois : Alb. : 0.
6^e mois : Alb. : 0.
16.3.65 : Alb. : + + +.

Evolution de la grossesse :

17.3.65 : Accouchement spontané d'un fœtus mort-né (Obs. n° 636).

Enfant : fœtus mort in utero, 1.320/400.

Evolution de la néphropathie :

18.3.65 : Alb. : 0,40.

Nombreux globules rouges.

Assez nombreux leucocytes.

20.3.65 : Alb. : 0,20.

Quelques leucocytes isolés non altérés, cellules épithéliales.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

Leucocytes/m < 1.000.

26.3.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine, bêta globuline.

Conclusion :

Néphropathie gravidique récidivante avec décollement pathologique d'un placenta prævia, mort du fœtus in utero. Hémorragie après la délivrance par trouble de la crase sanguine. Hospitalisée dans le Service néphrologique pour bilan de néphropathie.

OBSERVATION N° 116

Références : Mme T..., 24 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une bactériurie sans leucocyturie. HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois 1/2.

Accidents paroxystiques : Légers œdèmes des MI.

Bilan sanguin :

16.4.65 : Hc : 39 % - RA : 42,5 - Urée : 0,40 - Cl : 111 - Na : 150 - K : 3,5 - PT : 61 - S : 36,5 - G : 28,5 - S/G : 1,29.

Cholestérol : 3,70.

Acide urique : 65.

Electrophorèse du sérum : PT : 61.

Nette élévation des alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

1.4.65 : TA : 135/80.

15.4.65 : TA : 135/80.

Bilan urinaire :

12.4.65 : Alb. : + + +.

16.4.65 : Alb. : 2.

Cytologie : Rares leucocytes isolés.

Cellules épithéliales.

Débris cristallins.

Diurèse : 0,020.

Compte d'Addis : H/m : 1.000.

L/m : 2.200.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, bêta et gamma globulines.

20.4.65 : Alb. : + +.

24.4.65 : Alb. : 0,40.

Nombreux leucocytes altérés.

Quelques hématies.

Cellules épithéliales + + +.

Flore microbienne + +.

Bilan hormonal.

16.4.65 : FV : isolement important des cellules naviculaires et intermédiaires banales.

Index > 15 %.

23.4.65 : PG : 69,5.

PST : 7080 - K : 7,9.

OD : 520 - T : 6.560.

Examens spéciaux :

16.4.65 : FO : normal.

TACR : OD : 31 - OG : 67.

Evolution de la grossesse :

25.4.65 : Accouchement spontané 1 mois avant terme (Obs. n° 965).

Enfant : sexe féminin, 2.660/480. Vitalité : + +.

Evolution de la néphropathie :

30.4.65 : Alb. : 0,50.

Cytologie : assez nombreux leucocytes isolés non altérés, flore microbienne importante.

3.5.65 : Alb : 0,50.

Cytologie : nombreux leucocytes souvent en amas.

Conclusion :

Néphropathie grave vidique au cours du 7^e mois, réagissant bien à la thérapeutique, associée à une bactériurie sans leucocyturie. APS 1 mois avant terme. Persistance d'une albuminurie dans les suites. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 117

Références : Mme E..., 32 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une insuffisance mitrale fonctionnelle compensée, HTA : modérée.

Accidents paroxystiques :

Œdèmes : ++.

Dyspnée.

Bilan sanguin :

26.4.65 : Hc : 34 % - RA : 53,5 - Urée : 0,18 - Cl : 102 - Na : 140 - K : 3,3.

Acide urique : 62.

PT : 50 - S : 30 - G : 26 - S/G : 1,56.

Cholestérol : 2,75.

27.4.65 : Electrophorèse du sérum : protéines totales : 56.

Nette élévation des alpha 2 globulines.

Tracé pouvant évoquer une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

12.4.65 : TA : 125/70.

26.4.65 : TA : 150.

30.4.65 : TA : 120.

Bilan urinaire :

12.4.65 : Alb. : 0.

26.4.65 : Alb. : 14. Quelques leucocytes altérés.

Flore microbienne ++.

Quelques hématies.

Cellules épithéliales.

Compte d'Addis : H/m : 1.000.

L/m : 1.800.

27.4.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine, alpha 1 et bêta globuline.

29.4.65 : Alb. : 1,20. Nombreux leucocytes isolés.

Parfois altérés.

Quelques cellules épithéliales.

Bilan hormonal :

28.4.65 : PST : 9.440 - K : 19 - OD : 560 - T : 2.880.

Examens spéciaux :

28.4.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

3.5.65 : Accouchement provoqué 1 mois avant terme (Obs. n° 1.037).

Enfant : Sexe masculin, 2.500/500. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

3.5.65 : Alb. : 0.

5.5.65 : Alb. : 0,50. Rares leucocytes isolés non altérés.

21.5.65 : Alb. : 0.

TA : 110/70.

28.7.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine et de bêta globulines. Immuno-electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine et de sidérophiline sur un fond de protéinurie physiologique.

Conclusion :

Néphropathie gravidique à 7 mois 1/2, surajoutée à une insuffisance mitrale sans décompensation. APP suites simples. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 119

Références : Mme R..., 18 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure, avec apparition brutale d'une éclampsie typique au 7^e mois de la grossesse. HTA élevée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques :

Eclampsie.

Œdèmes.

Bilan sanguin :

25.4.65 : RA : 37 V - Urée : 0,66 - Na : 141 - K : 4 - PT : 58.

Electrophorèse du sérum : PT : 75 : forte élévation des alpha I globulines. Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

26.4.65 : TA : 190.

Bilan urinaire :

22.4.65 : Alb. : 0.

25.4.65 : Alb. : 2,20.

Nombreux leucocytes non altérés. Quelques cylindres granuleux. Quelques hématies.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine et de bêta globulines.

Examens spéciaux :

25.4.65 : FO : artères diminuées de calibre. Pourtour papillaire un peu flou.

30.4.65 : FO : mêmes constatations.

Evolution de la grossesse :

26.4.65 : Accouchement spontané, 2 mois avant terme d'un mort-né (Obs. n° 976).

Enfant : Sexe masculin, mort-né, 1.300/400.

Evolution de la néphropathie :

28.4.65 : Alb. : 0.

Cytologie : quelques hématies, quelques leucocytes isolés, cellules épithéliales.

Compte d'Addis : H/m : 28.600.

L/m : 1.430.

30.4.65 : Alb. : 0,80.

Cytologie : rares leucocytes isolés, non altérés.

TA : 120/90.

EEG : Ralentissement discret de l'activité cérébrale prédominant au niveau de la région temporo-occipitale de 2 hémisphères.

5.5.65 : Electrophorèse des urines : tracé à la limite de la protéinurie physiologique.

6.5.65 : Alb. : 0,40.

Cytologie : très nombreux leucocytes en amas. Flore : ++.

13.5.65 : EEG : normal.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère avec HTA élevée et éclampsie au 7^e mois. APS d'un mort-né. Persistance d'une albuminurie 10 jours après l'accouchement.

OBSERVATION N° 120

Références : Mme D..., 27 ans.

Classement : Néphropathie gravidique greffée sur un terrain de dysfonctionnement endocrinien, HTA : modérée.

Chronologie : 2^e geste. 5^e mois 1/2.

Accidents paroxystiques : Œdèmes ++.

Bilan sanguin :

24.4.65 : Hc : 40 % - RA : 53,5 V - Urée : 0,14 - Cl : 109 - PT : 62,5 - S : 40,5 - G : 22 - S/G : 1,83 - Cholestérol : 2,85.

26.4.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 63 : légère élévation des alpha 2 globulines.

10.8.65 : Hc : 40 % - RA : 44,5 V - Urée : 0,18 - Cl : 104 - Na : 143 - K : 4,2 - PT : 57,5 - S/G : 1,66.

Cholestérol : 1,66. Uricémie : 80.

Electrophorèse du sérum : PT : 74,5 ; nette élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines, tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

24.4.65 : TA : 125/60.

10.8.65 : TA : 155/110.

12.8.65 : TA : 155.

Bilan urinaire :

24.4.65 : Alb. : 0.

Assez nombreux hématies, peu nombreux leucocytes isolés.

Compte d'Addis : H/m : 20.000.

L/m : 1.500.

26.4.65 : Electrophorèse des urines : tracé à la limite de la protéinurie physiologique.

10.8.65 : Alb. : 0,10. Rares leucocytes isolés non altérés.

Compte d'Addis : H/m : 1.050.

L/m : 1.050.

Electrophorèse des urines : toutes les globulines sériques sont présentes.

17.8.65 : Alb. : 0,10. Rares leucocytes isolés non altérés. Très rares hématies isolées.

Bilan hormonal :

20.7.65 : PG : 60 - PST : 8.200 - K : 15,9.

17.8.65 : PST : 4.400 - K : 14,6 - OD : 560 - T : 3.840.

12.8.65 : GT : 94,8 - PG : 49,1.

Examens spéciaux :

23.4.65 : FO : normal.

11.8.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

19.8.65 : Accouchement spontané 7 jours avant terme (Obs. N° 1962).

Enfant : Sexe féminin, 3.120/480. Vitalité ++.

Apparition vers la 24^e heure d'un ictère modéré sans hépato, ni splénomégalie.

Evolution de la néphropathie : Suites simples.

Conclusion :

Néphropathie gravidique précoce, chez une obèse. HTA : modérée. Accouchement spontané près du terme. Suites simples.

OBSERVATION N° 122

Références : Mme P..., 25 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure. HTA élevée.

Chronologie : 3^e geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : ++.

Bilan sanguin :

29.4.65 : Hc : 33 % - RA : 47 V - Urée : 0,30 - Cl : 115 - Na : 145 -
K : 3,35 - PT : 54.
Cholestérol : 3,05.
Acide urique : 95.
Electrophorèse : protéines totales : 46. Nette élévation des
alpha 1 et alpha 2 globulines, les γ sont basses.

Evolution tensionnelle :

28.4.65 : TA : 180/100.
29.4.65 : TA : 160.

Bilan urinaire :

28.4.65 : Alb. : 1,44.
29.4.65 : Alb. : 1,50.
Assez nombreux leucocytes isolés souvent altérés.
Nombreuses cellules épithéliales.
Nombreux cylindres hyalins.
Quelques cylindres granuleux.
Compte d'Addis : H/m : 1.700.
L/m : 8.600.
Electrophorèse des urines : Prédominance de l'albumine et de
bêta globulines.

Bilan hormonal :

29.4.65 : FV : Cellules isolées de type intermédiaire et superficielle
sur un fond épais de poly.
Quelques parabasales basophiles.
IE : 12 % - IK : 16 %.
PST : 2.680 - K : 15,5.

Evolution de la grossesse :

30.4.65 : Accouchement provoqué par rupture artificielle des mem-
branes 6 jours avant terme (Obs. n° 1009).

Enfant : Sexe féminin, 3.520/650. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

3.5.65 : Alb. : 0,80.

Cytologie : Assez nombreux leucocytes, hématies et flore microbienne abondante.

9.5.65 : A : 0.

Conclusions :

Néphropathie gravidique pure. HTA élevée. Accouchement provoqué, au voisinage du terme par RAM. Amélioration immédiate dans les suites. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 134

Références : Mme O..., 33 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : ++.

Bilan sanguin :

10.5.65 : Hc : 40 % - RA : 54,5 V - Urée : 0,29 - Cl : 108 - Na : 145 - K : 4,75 - PT : 51,5 - S : 33,5 - G : 18 - S/G : 1,87.

Cholestérol : 2,90.

Acide urique : 84.

U/N : 0,28.

11.5.65 : Electrophorèse :

Légère élévation des alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

26.3.65 : TA : 110/75.

27.4.65 : TA : 125/80.

10.5.65 : TA : 140/70.

13.5.65 : TA : 150/100.

Bilan urinaire :

26.3.65 : Alb. : traces.

27.4.65 : Alb. : traces.

10.5.65 : Alb. : 0,40.

Compte d'Addis : H/m : 3.000.

L/m : 2.200.

11.5.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine et des bêta globulines.

Alb. : +++.

13.5.65 : Alb. : 0,40.

Bilan hormonal :

10.5.65 : PG : 48,3.
PST : 17.040 - K : 8,6.
11.5.65 : FV : cytolyse importante.

Examens spéciaux :

12.5.65 : FO : Normal.
TACR : 14.

Evolution de la grossesse :

14.5.65 : Accouchement provoqué 6 jours après terme (Obs. n° 1148).

Enfant : Sexe masculin, 2.980/630. Vitalité : ++.

Evolution de la néphropathie :

17.5.65 : Alb. : 0,10.
Cytologie : assez nombreux leucocytes isolés non altérés.
TA : 110/70.

Conclusion :

Néphropathie pure, HTA modérée, légère aggravation malgré le repos et le traitement, accouchement provoqué 6 jours après terme (B. de K.). Persistance d'une légère albuminurie dans les suites immédiates, enfant vigoureux.

OBSERVATION N° 135

Références : Mme B..., 25 ans

Classement : Néphropathie gravidique associée à une bactériurie élevée.
HTA modérée.

Chronologie : 1^{er} geste, début 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Bilan sanguin :

10.5.65 : Hc : 38 % - RA : 59 V - Urée : 0,30 - Cl : 102 - Na : 131 -
K : 3,25 - PT : 67,5 - S : 39,5 - G : 28 - S/G : 1,41.
Cholestérol : 2,95.
Acide urique : 74.
U/N : 0,24.

11.5.65 : Electrophorèse :

légère élévation de haptoglobulines.
tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

7.5.65 : TA : 145/80.
13.5.65 : TA : 170.
20.5.65 : TA : 140.
28.5.65 : TA : 120/80.
31.5.65 : TA : 140/80.

Bilan urinaire :

10.5.65 : Alb. : 0,20.
Compte d'Addis : Hématies/m : 1.000.
Leucocytes/ : 7.900.
11.5.65 : Electrophorèse :
Nette prédominance de l'albumine et bêta globulines.
17.5.65 : Germes : + + +.
22.5.65 : Alb. : 0,40.
Quelques leucocytes assez altérés.
Rares hématies.
28.5.65 : Alb. : 0,40.
31.5.65 : Alb. : 1,50.

Bilan hormonal :

14.5.65 : PG : 61,8 - GT : 119 - PST : 15.680 - K : 11,3.

Examens spéciaux :

12.5.65 : FO : Normal.
TACR : 35.

Evolution de la grossesse :

3.6.65 : Accouchement provoqué (B. de K.) 7 jours avant terme, qui a été rendu difficile du fait d'une résistance anormale du col utérin et l'enfant a certainement souffert au cours du travail (Obs. n° 1325).

Enfant : Sexe masculin, 3.460/650, test d'Apgar : 5. Etat de mort apparente.
Réanimé au bout de 5 minutes. Hémorragie méningée avec mouvements convulsifs et raideur méningée.

Evolution de la néphropathie :

8.6.65 : Alb. : 0,10.
Cytologie : quelques hématies, rares leucocytes isolés, non altérés.
16.6.65 : Alb. : 0,10.
TA : 140/80.
3.8.65 : Alb. : 0.
TA : 145/70.

Conclusion :

Néphropathie gravidique au voisinage du terme, associée à une bactériurie élevée, malgré le traitement et le repos : persistance d'une albuminurie à 1,50 et d'une tension à 140/80, accouchement provoqué près du terme. Rigidité cervicale. Souffrance foétale et hémorragie méningée avec enfoncement du pariétal à la radio. Mais sans aucune anomalie à l'E.E.G. et au FO. L'examen clinique est pratiquement négatif à la sortie du Service.

OBSERVATION N° 145

Références : Mme R..., 25 ans.

Classement : Néphropathie gravidique typique avec HTA modérée.

Chronologie : 2^e geste, 7^e mois 1/2.

Bilan sanguin :

3.5.65 : Hc : 40 % - RA : 56 V - Urée : 0,25 - Cl : 93 - Na : 118 - K : 4,2 - PT : 56.

13.5.65 : Hc : 40 % - RA : 42 V - Urée : 0,31 - Cl : 90 - Na : 124 - K : 5,30 - PT : 57.

19.5.65 : Hc : 34 % - RA : 51,5 V - Urée : 0,41 - Cl : 101 - Na : 145 - K : 4,5.

Evolution tensionnelle :

18.4.65 : TA : 175.

3.5.65 : TA : 160/90.

18.5.65 : TA : 140/90.

Bilan urinaire :

18.4.65 : Alb. : +++.

3.5.65 : Alb. : 14.

Nombreuses hématies.

Nombreux cylindres granuleux.

Diurèse : 500 cc/24 h.

11.5.65 : Alb. : 15.

Diurèse : 700 cc/24 h.

14.5.65 : Alb. : 17.

Diurèse : 650 cc.

19.5.65 : Alb. : 7.

Nombreux cylindres granuleux.

Nombreux leucocytes altérés.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m : 11.200.

Bilan hormonal :

20.5.65 : PST : 6.080 - K : 10,1.

OD : 560 - T : 5.520.

21.5.65 : PG : 21,8 - GT : 42.

Examens spéciaux :

21.5.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

21.5.65 : Accouchement spontané 15 jours avant terme (Obs. 1197).

Enfant : Sexe féminin, 2.380/500. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

24.5.65 : Alb. : 0,45.

3.6.65 : Alb. : 0,80.

Cytologie : leucocytes isolés non altérés.

TA : 125/70.

Conclusion :

Néphropathie gravidique assez sévère. HTA : modérée. APS 15 jours avant terme d'un enfant hypotrophique. Persistance d'une albuminurie dans les suites de couches. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 161

Références : Mme D..., 34 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une iso-immunisation anti-Rh sévère. HTA : modérée.

Chronologie : 3^e geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.

Anasarque foetal.

Bilan sanguin :

4.6.65 : Hc : 33 % - RA : 54 - Urée : 0,28 - Na : 141 - K : 5,2 - PT : 47.

Electrophorèse du sérum : légère élévation de alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

2.4.65 : TA : 170/90.

Bilan urinaire :

4.6.65 : Alb. : 0,70.

Nombreux leucocytes isolés et altérés.

Nombreux cylindres granuleux. Rares hématies.

Compte d'Addis : H/m : 1.000.

L/m : 9.700.

Electrophorèse des urines : tracé de protéinurie physiologique.

Bilan hormonal :

5.6.65 : PST : 2.740 - K : 26,8.

OD : 580 - T : 2.160.

9.6.65 : FV : Index < 2 %.

Exceptionnelles cellules para-basales. Menace d'accouchement prématuré.

10.6.65 : PG : 35,6 - GT : 65.

Examens spéciaux :

19.2.65 : Sérologie : négative.

15.4.65 : Recherche d'anticorps anti-Rh.

Test de Coombs indirect : + + + +.

Slide-test : + + + +.

Tube-test : + + + +.

Titrage des anti-corps anti-Rh : 1/256.

1.6.65 : Titrage des anti-corps anti-Rh : 1/256.

4.6.65 : Titrage des anti-corps anti-Rh : 1/256.

4.6.65 : FO : artères un peu diminuées de volume.

TACR : 23.

Evolution de la grossesse :

11.6.65 : Accouchement spontané 12 jours avant terme d'un macéré.
(Obs. n° 1.392).

Enfant : Sexe féminin, 2.400/1.300, mort-né macéré.

Evolution de la néphropathie :

17.6.65 : Alb. : 0.

Cytologie : cristaux, nombreuses hématies, quelques polynucléaires, pas de cylindres.

Culture : bacilles pyocyaniques.

Légère hypertension artérielle, tachycardie.

Conclusion :

Néphropathie gravidique au 7^e mois, surajoutée à une iso-immunisation anti-Rh sévère, HTA élevée. Accouchement spontané près du terme d'un macéré, dans les suites immédiates : disparition de l'albuminurie,

persistance d'une légère hypertension et d'une tachycardie. Hyperthyroïdie.

OBSERVATION N° 172

Références : Mme O..., 44 ans.

Classement : Néphropathie gravidique récidivante surajoutée à une néphrite chronique. HTA : modérée.

Chronologie : 2^e geste, 9^e mois.

Bilan sanguin :

10.6.65 : Hc : 40 % - RA : 54,5 V - Urée : 0,22 - Cl : 111 - Na : 141 - K : 3,75 - PT : 62,5 - Acide urique : 63.

Cholestérol : 3,55.

Electrophorèse : protéines totales : 57 : forte diminution des gamma globulines, légère élévation de alpha 2 globulines.

Tracé typique de néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

9.6.65 : TA : 165/105.

10.6.65 : TA : 165/105.

Bilan urinaire :

9.6.65 : Alb. : 0,60.

Nombreux leucocytes isolés non altérés.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m : 9.200.

10.6.65 : Alb. : traces.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, et gamma globulines.

Bilan hormonal :

11.6.65 : PST : 3.560 - K : 39.

OD : 1.000 - T : 2.560.

16.6.65 : PG : 12,3.

GT : 31,7.

Examens spéciaux :

11.6.65 : FO : normal.

TACR : 50.

Evolution de la grossesse :

12.6.65 : .Accouchement spontané 10 jours avant terme (Obs. n° 1401).

Enfant : Sexe féminin, 3.800/740. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

15.6.65 : Alb. : 0.

22.6.65 : Alb. : 0.

Cytologie : rares leucocytes non altérés.

TA : 150.

Conclusion :

Néphropathie gravidique récidivante au voisinage du terme, surajoutée à une néphrite chronique. HTA : modérée. Accouchement spontané près du terme. Dans les suites immédiates disparition de l'albuminurie, et persistance d'HTA modérée. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 184

Références : Mme A..., 43 ans.

Classement : Néphropathie gravidique typique associée à un prédiabète.
HTA : modérée.

Chronologie : 5^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : œdèmes : ++.

Bilan sanguin :

21.6.65 : Acide urique : 73 mg/l.

PT : 50,5 - S : 27,5 - G : 23 - S/G : 1,19.

Electrophorèse : PT : 80.

Légère élévation de alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

16.6.65 : TA : 175/100.

21.6.65 : TA : 170/100.

25.6.65 : TA : discrète.

Bilan urinaire :

16.6.65 : Alb. : +.

21.6.65 : Alb. : 0,10.

Rares leucocytes isolés non altérés.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine et bêta globulines.

Bilan hormonal :

21.6.65 : PG : 58 - GT : 102 - PST : 13.920 - K : 11,5 - OD : 1.440 -
T : 12.480.

25.6.65 : 17 CS : 8,8 - 17 OH : 7,5.

Pgtriol : 1.075,2.

Examens spéciaux :

21.6.65 : FO : normal.

Hyperglycémie provoquée : prédiabète.

Evolution de la grossesse :

25.6.65 : Accouchement spontané à terme (Obs. n° 1506).

Enfant : Sexe masculin, 4.050/200, vigoureux.

Evolution de la néphropathie :

26.6.65 : Alb. : traces.

Cytologie : très rares leucocytes isolés non altérés.

TA : 130/60.

Conclusion :

Néphropathie gravidique typique au 8^e mois, associée à un prédiabète.
HTA : modérée. Accouchement spontané à terme. Persistance des traces d'albumines dans les suites de couches. Enfant vigoureux.

OBSERVATION N° 189

Références : Mme P..., 34 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une iso-immunisation anti-Rh majeure. HTA : modérée.

Chronologie : 5^e geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : +.

Eclampsie.

Anasarque fœto-placentaire.

Bilan sanguin :

26.6.65 : Hc : 29 % - RA : 35,5 V - Urée : 0,44 - Cl : 113 - Na : 139 - K : 4,1 - PT : 41 - S : 23 - G : 18 - S/G : 1,27.

Electrophorèse : PT : 50.

Nette élévation de alpha 1 et alpha 2 globulines, les gamma globulines sont augmentées également.

28.6.65 : Acide urique : 130.

Protéines : 45,5 - RA : 35,5.

3.7.65 : Hc : 36 % - RA : 45 V - Urée : 0,22 - Cl : 108 - Na : 143 - K : 4,75 - PT : 50.

Evolution tensionnelle :

29.6.65 : 160/100.

Bilan urinaire :

26.6.65 : Alb : 3.

Assez nombreux leucocytes isolés non altérés.

Compte d'Addis : H/m < 500.

L/m : 7.500.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine sur les globulines, très gros pic d'hémoglobulines.

28.6.65 : Alb : 3.

Diurèse : 900.

Bilan hormonal :

26.6.65 : PG : 35,5 - GT : 61,6 - PST : 1.740 - K : 31,8 - OD : 420 - T : 1.320.

Examens spéciaux :

28.4.65 : Titrage des anticorps anti-Rh : 1/32.

Slide-test : + + +.

Test de Coombs indirect : + + +.

Tube-test-trypsine : + + +.

On note seulement une augmentation de l'activité de l'anticorps maternel.

28.6.65 : Titrage des anticorps anti-Rh : 1/32.

Bilirubine amniotique :

BT : 13,5.

BL : 10,5.

K : 4,2.

29.6.65 : FO : Artères à peine brillantes, de calibre un peu réduit sans spasme.

TACR : 60.

30.6.65 : Examen du sang de l'enfant :

Groupe sanguin : O Rh +.

Coombs direct : + + +.

Bilirubine cordonnale : 2 mg %ml.

Hb cordonnale : 4,2 g % ml.

Evolution de la grossesse :

30.6.65 : Accouchement spontané rapide 52 jours avant terme d'un mort-né (Obs. n° 1547).

Enfant : Sexe féminin, 3.000/2.200, mort-né.

Evolution de la néphropathie :

1.7.65 : Alb. : 2, quelques leucocytes isolés et souvent altérés.

3.7.65 : Alb. : traces.

Conclusion :

Néphropathie gravidique associée à une iso-immunisation anti-Rh sévère. HTA : modérée. Eclampsie, anasarque fœto-placentaire. Sous l'in-

fluence du repos et du traitement : la TA se stabilise à 140/100, l'albuminurie régresse, la diurèse est bonne. Mort du fœtus in utero, malgré l'amélioration des signes cliniques. APS d'un mort-né. Traces d'albumine dans les suites de couches.

OBSERVATION N° 197

Références : Mme F..., 27 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une infection urinaire.
HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : +.
Mort du fœtus in utero.

Bilan sanguin :

3.7.65 : Hc : 40 % - RA - 48,5 V - Urée : 0,18 - Cl : 108 - Na : 138 - K : 4.

5.7.65 : Hc : 40 % - RA : 35,5 V - Urée : 0,28 - Cl : 109 - Na : 140 - K : 4 - PT : 57 - S : 27,5 - G : 24,5 - S/G : 1,12.
Acide urique : 104.
Cholestérol : 2,55.
Glycémie : 1,03.

7.7.65 : Hc : 42 % - RA : 50 V - Urée : 0,28 - Cl : 105 - Na : 135 - K : 4,5 - PT : 66.

15.7.65 : Hc : 43 % - RA : 50 V - Urée : 0,30 - Cl : 107 - Na : 138 - K : 4,5 - PT : 65,5.

26.7.65 : Hc : 42 % - RA : 43,5 V - Urée : 0,22 - Cl : 103 - Na : 141 - K : 4,3 - PT : 61 - S : 33,6 - G : 28 - S/G : 1,17.
Acide urique : 84.

Electrophorèse : assez nette élévation de alpha 1 et surtout des alpha 2 globulines.

Tracé de néphropathie gravidique typique.

Evolution tensionnelle :

20.5.65 : TA : 140.

3.7.65 : TA : 160/900.

13.7.65 : TA : 140/100.

Bilan urinaire :

3.7.65 : Alb. : 5.

Très nombreux leucocytes en petits amas, assez altérés.

4.7.65 : Alb. : 2.

Nombreux leucocytes en petits amas altérés.

- 5.7.65 : Alb. : 3,5.
Très nombreux leucocytes la pluparts altérés en amas.
Rares hématies isolées.
- 7.7.65 : Alb. : 5.
Cylindres hyalins.
Quelques hématies isolées.
Rares leucocytes la plupart isolés.
- 10.7.65 : Alb. : 3,5.
Quelques leucocytes isolés non altérés. Rares hématies.
- 12.7.65 : Alb. : 2,5.
Quelques leucocytes isolés non altérés. Rares hématies.
- 13.7.65 : Alb. : 3.
Quelques leucocytes isolés non altérés. Rares hématies.
- 23.7.65 : Alb. : 1,5.
Quelques leucocytes isolés non altérés, certains en amas.

Bilan hormonal :

- 6.7.65 : PG : 14,4 - GT : 28 - PST : 4.680 - K : 17 - OD : 680 - T : 4.000.
- 12.7.65 : PG : 14 - GT : 26.
- 16.7.65 : PG : 11,4 - GT : 23 - O : 5.640 - K : 17,5 - OD : 840 - T : 4.809.
- 19.7.65 : O : 4.520 - K : 28 - OD : 1.000 - T : 3.520.
- 22.7.65 : PG : 7,5 - GT : 14,4 - O : 2.880 - K : 28,5 - OD : 640 - T : 2.240.

Examens spéciaux :

- 5.7.65 : FO : artères un peu diminuées de calibre.
TACR : 60.

Evolution de la grossesse :

- 24.7.65 : Accouchement spontané à 8 mois d'un mort-né macéré (Obs. n° 1738).

Enfant : Sexe féminin, 1.280/200, mort-né macéré.

Evolution de la néphropathie :

- 26.7.65 : Alb. : 2,5.
Cytologie : nombreux leucocytes, la plupart isolés non altérés. Phosphates, flore microbienne.
Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine, alpha I et bêta globulines, les gamma sont presque absentes.
- 28.7.65 : Alb. : 1.
Cytologie : nombreux leucocytes isolés, non altérés, phosphates, rares hématies.
- 29.9.65 : Alb. : 0.
TA : 140/90.

Conclusion :

Néphropathie gravidique à 7 mois de grossesse chez une femme ayant des petits antécédents neurovégétatifs, sous l'influence du repos et du traitement : la TA se stabilise à 140/100 ; l'albuminurie régresse, la diurèse est bonne. Mort du fœtus in utero au cours du 8^e mois, malgré l'amélioration des signes cliniques. Accouchement spontané à 8 mois d'un mort-né macéré. Persistance dans les suites de couches d'une HTA d'origine neurovégétative.

OBSERVATION N° 215

Références : Mme C..., 27 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 6^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : +

Bilan sanguin :

23.7.65 : Hc : 44 % - RA : 48V - Urée : 0,32 - Cl : 110 - Na : 143 - K : 4,7 - Acide urique : 115 - U/N : 0,35 - Cholestérol : 3,40
Glycémie : 0,85 - PT : 61,5 - S : 38,5 - G : 23 - S/G : 1,67.

23.10.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 52.
Nette élévation des alpha 1 et alpha 2.
Les gamma globulines sont peu importantes.

Evolution tensionnelle :

23.7.65 : TA : 135/70.
21.10.65 : TA : 145/90.
23.10.65 : TA : 145/90.

Bilan urinaire :

21.7.65 : Alb : +.
28.7.65 : Electrophorèse urinaire : augmentation des alpha 1 ; alpha 2 et beta globulines. Diminution de gamma globulines.
10.9.65 : Alb. : 0,50.
14.9.65 : Alb. : 0,03.
22.9.65 : Alb. : 0,03.
29.9.65 : Alb. : 0,03.
14.10.65 : Alb. : 0,09.
20.10.65 : Alb. : 0,09.
21.10.65 : Alb. : 0,10.
23.10.65 : Alb. : 0,60.
Electrophorèse : Nette prédominance de l'albumine, alpha 1 et beta globulines, peu de gamma visible.

Bilan hormonal :

27.10.65 : PG : 28 - GT : 58,8,
28.10.65 : O : 4200 - K : 31,2 - OD : 1000 - T : 3200.

Examens spéciaux :

21.7.65 : FO : Normal.

Evolution de la grossesse :

23.10.65 : Accouchement provoqué (B. de K.) 15 jours avant terme.
(Obs. N° 2517).

Enfant : Sexe masculin. 1720/520.

Evolution de la néphropathie : Suites simples.

Conclusion :

Néphropathie gravidique précoce aux HTA modérée. APP. 15 jours avant terme. - enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 223

Références : Mme K..., 20 ans.

Classement : Néphropathie gravidique au cours d'une grossesse gémellaire, avec menace d'accouchement prématuré - HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Bilan sanguin :

27.7.65 : GR : 3.180.000 - GB : 7.500 - VG : 0,93 - HB : 9,6.
13.8.65 : Hc : 34 % - RA : 43,5 - Urée : 0,11 - Cl : 101 - Na : 150
K : 3,9 - PT : 60,5 - S : 34 - G : 26,5 - S/G : 1,28.
Acide urique : 77, U/N : 0,7 - Cholestérol : 1,90.
Electrophorèse du sérum : PT : 66.
Nette élévation des alpha 1 globulines.
Légère élévation des alpha 2 globulines.
21.8.65 : HC : 44% - RA : 35V - Urée : 0,86 - Cl : 110 - Na : 138.
K : 4,1 - PT : 36,5.
23.8.65 : HC : 42% - RA : 45,5 - Urée : 0,46 - Cl : 108 - Na : 143.
K : 3,2 - PT : 63 - Glycémie : 0,98.

Evolution tensionnelle :

25.7.65 : TA : 110/70.
12.8.65 : TA : 170/100.
19.8.65 : TA : 145/95.

Bilan urinaire :

27.7.65 : Alb : 0.

8.8.65 : Alb : 0,20. Assez nombreux leucocytes, la plupart isolés, non altérés.

12.8.65 : Alb. : 0,20. Quelques leucocytes isolés non altérés, très rares hématies.

Bilan hormonal :

27.7.65 : PG : 59 - GT : 106 - PST : 7750 - OD : 360 - T : 7360
K : 4,9.

Examens spéciaux :

13.8.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

20.8.65 : Accouchement prématuré spontané 2 mois avant terme (Obs. n° 1974-1975).

Enfant : Jumeaux Ierivitellius :

Sexe féminin. Test d'Apgar : 10/10, 2700.

Sexe masculin: Test d'Apgar : 4/10, 2200.

Evolution de la néphropathie :

21.8.65 : Alb. : 0,20. Quelques leucocytes hématies isolées.

6.9.65 : Alb. : 0. Très rares leucocytes non altérés.

27.9.65 : Alb. : 0.

TA : 120/70.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure, au cours d'une grossesse gémellaire. HTA modérée, APS 2 mois avant terme, état de torpeur sans véritable choc obstétrical apparu le lendemain de l'accouchement, suites simples, aucune séquelle. Enfants en bonne santé.

OBSERVATION N° 245

Références : Mme C..., 23 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA : élevée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes : ++.

Bilan sanguin :

16.8.65 : Hc : 40 % - RA : 39,5 V - Urée : 0,31 - Cl : 103 - Na : 145 -
K : 4,2 - PT : 57,5 - S : 35 - G : 22,5 - S/G : 1,5.
Cholestérol : 3,85.

Acide urique : 105.

Electrophorèse :

Très forte élévation de alpha 1 globulines, élévation plus modérée des alpha 2.

21.8.65 : Hc : 40 % - RA : 46 V - Urée : 0,32 - Cl : 106 - Na : 140 - K : 4,3 - PT : 52.

Evolution tensionnelle :

28.5.65 : TA : 120/80.

14.8.65 : TA : 170/140.

16.8.65 : TA : 160/110.

Bilan urinaire :

28.5.65 : Alb. : 0.

14.8.65 : Alb. : +++.

16.8.65 : Alb. : 2,5.

Rares leucocytes isolés non altérés.

Compte d'Addis : H/m : 3.840.

L/m : 10400.

Diurèse : 220.

Electrophorèse : très forte prédominance de l'albuminurie, alpha 1 et bêta globulines.

19.8.65 : Alb. : 6.

Quelques hématies isolées.

Rares leucocytes isolés non altérés.

21.8.65 : Alb. 4,5.

Bilan hormonal :

16.8.65 : PST : 2,560 - K : 33,3 - OD : 640 - T : 1.920.

17.8.65 : PG : 48,1 - GT : 87,7.

Examens spéciaux :

16.8.65 : FO : normal.

TACR : 80.

Evolution de la grossesse :

24.8.65 : Accouchement spontané 16 jours avant terme (Obs. 2011).

Enfant : Sexe féminin, 1.820/500. Vitalité : ++.

Evolution de la néphropathie :

27.8.65 : Alb. : 0,30.

Très rares leucocytes isolés non altérés.

3.9.65 : Alb. : 3,5.

Nombreuses hématies. Pus ++.

8.9.65 : Alb. : 0,40.

Quelques leucocytes isolés non altérés. Quelques cellules.

Rares hématies.

13.9.65 : Alb. : 0,20.

Très rares leucocytes isolés, non altérés.

25.9.65 : Alb. : 0,20.

TA : 135/85.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère au 9^e mois. HTA élevée. APS 2 semai-avant terme. Persistance d'une légère albuminurie dans les suites de couches. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 249

Références : Mme F..., 30 ans.

Classement : Néphropathie gravidique sévère, associée à une anémie très importante. HTA élevée.

Chronologie : 2^e geste, début 9^e mois

Accidents paroxystiques : éclampsie.

Blan sanguin :

11.8.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 61,5.

Nette élévation des alpha 1, alpha 2 et gamma globulines.

13.8.65 : Globules rouges : 1.780.000.

Hb : 6,2.

30.9.65 : Hc : 37 % - RA : 51,5 V - Urée : 0,22 - Cl : 110 - Na : 148 - K : 4,4 - Uricémie : 61,5 - PT : 63,5 - S : 35 - G : 28,5 - S/G : 1,22.

Cholestérol : 2,60.

Electrophorèse du sérum : PT : 67 :

Légère élévation des alpha 2 et gamma globulines. Tracé pouvant évoquer une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

9.8.65 : 180/90.

Bilan urinaire :

3^e mois : Alb. : 0.

9.8.65 : Alb. : + + +.

Examens spéciaux :

10.8.65 : FO : normal.

TACR : 40.

2.10.65 : FO : normal.

TACR : 60.

10.8.65 : Recherche des barbituriques : 0.

19.8.65 : Salycilémie : 0.

Evolution de la grossesse :

12.8.65 : Accouchement spontané 1 mois avant terme (Obs. 1.895).

Enfant : sexe féminin, 1.860/500, crie immédiatement.

Evolution de la néphropathie :

13.8.65 : TA : 155/90.

14.8.65 : Alb : 0,70.

TA : 150/100.

30.9.65 : Compte d'Addis : H/m : 1.000.

L/m : 1.000.

2.10.65 : TA : 150/90.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère avec HTA : élevée associée à une anémie importante. Troubles psychotiques avec agitation et désorientation importante, ayant nécessité de très forte dose de neuroplégiques. APS 1 mois avant terme, enfant prématuré en bonne santé. Persistance d'une hypertension et d'une albuminurie dans les suites de couches.

OBSERVATION N° 253

Référence : Mme S..., 18 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA élevée.

Chronologie : 1^{er} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes.
Prééclampsie.

Bilan sanguin :

28.8.65 : Hc : 39 % - RA : 45 V - Urée : 0,40 - Cl : 106 - Na : 140
K : 4,5 - PT : 55.

Acide urique : 105.

Electrophorèse : PT : 59.

Nette élévation des alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidiques.

17.9.65 : Electrophorèse : PT : 64.

Légère élévation des alpha 1 et alpha 2 et bêta globulines.

20.9.65 : Hc : 42 % - RA : 37,5 V - Urée : 0,25 - Cl : 95 - Na : 132
K : 4,4 - PT : 59,5 - S : 33,5 - G : 24 - S/G : 1,47.

Cholestérol : 2,50.

Acide urique : 76.

Evolution tensionnelle :

19.8.65 : TA : 170/120.

27.8.65 : TA : 180/120.

9.9.65 : TA : 130/180.

28.9.65 : TA : 140/100.

Bilan urinaire :

19.8.65 : Alb. : 1,25.

28.8.65 : Alb. : Alb. 5,5.

Pus rares hématies isolées.

Compte d'Addis : H/m : 1.000.

L/m : 7.000.

Diurèse : 15.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albuminurie, alpha I₁ et bêta globulines.

31.8.65 : Alb. : 0,45.

8.9.65 : Alb. : 0,45.

17.9.65 : Electrophorèse : très forte prédominance de l'albuminurie, alpha I₁ et bêta globulines.

20.9.65 : Alb. : 1,20.

Compte d'Addis : H/m : < 1.000.

L/m : 9.300.

27.9.65 : Alb. : 2.

Bilan hormonal :

30.8.65 : PST : 8480 - OD : 960 - T : 7520 - K : 12,7.

31.8.65 : PG : 31,8 - GT : 57.

18.9.65 : PST : 8880 - OD : 560 - T : 8320 - K : 7.

24.9.65 : PG : 26,8 - GT : 58,6.

Examens spéciaux :

28.8.65 : FO : normal.

TACR : 70/30.

Evolution de la grossesse :

29.9.65 : Accouchement spontané 25 jours avant terme (Obs. 2.303).

Enfant : Sexe féminin, 2.060/700. Vitalité : ++.

Evolution de la néphropathie :

1.10.65 : Alb. : 1,40.

8.10.65 : Alb. : 0,60.

Cytologie : assez nombreux leucocytes altérés, quelques hématies.

20.10.65 : Alb. : 0,75.

Cytologie : RAS.

TA : 120/70.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère au 7^e mois. HTA élevée. Après une légère amélioration au début par le repos et le traitement la malade présente à nouveau un petit à-coup tensionnel à 140/100, avec albuminurie à 2 gr. APS à 8 mois. Persistance d'une albuminurie dans les suites de couches. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 270

Références : Mme L..., 20 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure, avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, fin 8^e mois.

Accidents paroxystiques : éclampsie.

Œdèmes : ++.

Bilan sanguin :

3.9.65 : Hc : 27 % - RA : 29,6 V.

4.9.65 : Hc : 36 % - RA : 43 V - Urée : 0,25.

Cl : 104 - Na : 135 - K : 5.

5.9.65 : Hc : 32 % - RA : 40 V - Urée : 0,33.

Cl : 104 - Na : 135 - K : 5.

7.9.65 : Cholestérol : 0,90.

11.9.65 : GR : 3.190.000 - Hb : 10,9 - VG : 1,06.

Evolution tensionnelle :

3.9.65 : 170/110.

4.9.65 : Le matin : 130/80 - Le soir : 180.

5.9.65 : TA : 120/90.

9.9.65 : TA : 140/70.

17.9.65 : TA : 160/110.

Bilan urinaire :

3.9.65 : Alb. : +++.

5.9.65 : Diurèse : 1.350.

7.9.65 : Alb. : 0,60. Nombreux leucocytes, parfois altérés, isolés ou en amas.

8.9.65 : Alb. : 1,20.

9.9.65 : Diurèse : 1.500.

Examens spéciaux :

3.9.65 : FO : normal.

10.9.65 : FO : normal.

27.10.65 : EEG : tracé normal.

Evolution de la grossesse :

17.9.65 : Accouchement spontané 1 mois avant terme (Obs. 2.208).

Enfant : sexe féminin, 1.920/600. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

20.9.65 : Alb. : 0,60.

Cytologie : quelques leucocytes isolés non altérés.

Diurèse : 600.

TA : 120/80.

4.10.65 : Alb. : 0,10.

Cytologie : rares leucocytes isolés non altérés.

23.10.65 : Alb. : 0.

TA : 115/70.

24.10.65 : Alb. : 0.

TA : 10/60.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure à la fin du 8^e mois. HTA : modérée. Eclampsie. APS 1 mois avant terme. Suites simples. Enfant prématuré, en bonne santé.

OBSERVATION N° 275

Références : Mme K..., 27 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 2^e geste, 9^e mois.

Bilan sanguin :

8.9.65 : Hc : 38 % - RA : 46,5 V - Urée : 0,22 - Cl : 110 - Na : 142 -

K : 3,95 - PT : 61 - S : 32,5 - G : 28,5 - S/G : 1,14.

Acide urique : 77.

9.9.65 : Electrophorèse du sérum : PT : 66 :

Légère élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

7.9.65 : TA : 140/100.

8.9.65 : TA : 140/90.

Bilan urinaire :

7.9.65 : Alb. : 0.

8.9.65 : Alb. : 0,30.

9.9.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine et bêta globulines.

Bilan hormonal :

9.9.65 : PST : 5.760 - K : 12,5.

OD : 640 - T : 5.120.

11.9.65 : PG : 25,8 - GT 49.

13.9.65 : PST : 5.760 - K : 12,5.

Examens spéciaux :

8.9.65 : FO : normal.

TACR : 20.

Evolution de la grossesse :

14.9.65 : Accouchement provoqué (B. de K.) 13 jours avant terme
(Obs. 2.186).

Enfant : Sexe féminin, 2.860/600. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

22.9.65 : Alb. : 0.

TA : 130/90.

Conclusion :

Néphropathie gravidique avec HTA modérée, au 9^e mois, chez une femme traitée pour avortement, la TA monte un peu malgré le traitement et le repos. Accouchement provoqué au voisinage du terme. Enfant en état de mort apparente, réanimation. Suites simples.

OBSERVATION N° 291

Références : Mme R..., 22 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure, avec HTA élevée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Bilan sanguin :

24.9.65 : Hc : 36 % - Urée : 0,27 - Cl : 108 - Na : 143 - K : 3,9 -
PT : 55 - S : 28 - G : 28 - S/G : 1.

Electrophorèse du sérum : PT : 55 :

Nette élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

23.9.65 : TA : 130/100.

24.9.65 : TA : 165/100.

27.9.65 : TA : 175/110.

30.9.65 : TA : 145/100.

Bilan urinaire :

- 24.9.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine sur les globulines.
28.9.65 : Alb. : 0.
Mucus, assez nombreuses cellules.
Compte d'Addis : H/m : 2.500.
L/m : 1.100.
5.10.65 : Alb. : 0,10.
Rares leucocytes isolés non altérés.

Bilan hormonal :

- 28.9.65 : PG : 16,2 - GT : 28,8.
PST : 11.160 - OD : 600 - T : 10.560 - K : 5,6.

Examens spéciaux :

- 24.9.65 : FO : Papilles hyperhémiques avec léger flou.
TACR : 45 à droite.
50 à gauche.

Evolution de la grossesse :

- 7.10.65 : Accouchement provoqué, par RAM, 18 jours avant terme (Obs. 2.389).

Enfant : Sexe masculin, 2.380/490. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

- 11.10.65 : Alb. : 0,15 - Nombreux leucocytes.
22.10.65 : TA : 140/80.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure, avec HTA élevée au 9^e mois, APP pour RAM, Nouveau-né prématuré. Persistance d'une légère albuminurie dans les suites immédiates avec TA en plateau à 140/80.

OBSERVATION N° 322

Références : Mme D..., 37 ans.

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA élevée.

Chronologie : 9^e geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Œdèmes importants du visage.

Prééclampsie et mort du fœtus in utero.

Bilan sanguin :

- 12.10.65 : Hc : 33 % - RA : 53 V - Urée : 0,63 - Cl : 103 - Na : 138 -
K : 3,6 - PT : 44.
Electrophorèse : PT : 42.

Très forte élévation des alpha 1, élévation plus modérée des alpha 2.

Tracé typique de néphropathie gravidique.

13.10.65 : Acide urique : 102.

14.10.65 : Hc : 36 % - RA : 52 V - Urée : 0,28 - Cl : 108 - Na : 138 - K : 3,5 - PT : 52,5.

16.10.65 : Hc : 36 % - RA : 49 V - Urée : 0,26 - Cl : 105 - Na : 146 - K : 3,7 - PT : 47,5.

27.10.65 : Hc : 36 % - RA : 57,5 - Urée : 0,25 - Cl : 108 - Na : 141 - K : 3,5 - PT : 62,5 - S : 29,5 - G : 30,5 - S/G : 0,96.

Cholestérol : 3.

Acide urique : 45.

Electrophorèse : PT : 55 :

Nette élévation des alpha 2 globulines. Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

11.10.65 : TA : 200.

12.10.65 : TA : 155/110.

13.10.65 : TA :

à 3 h 00 : 150.

à 5 h 30 : 155.

à 9 h 30 : 190.

14.10.65 : 180/125.

Bilan urinaire :

12.10.65 : Alb. : +.

Cylindres granuleux. Entérocoque.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, et bêta globulines.

13.10.65 : Alb. : 2,25.

Diurèse : 1.500 cc.

14.10.65 : Alb. : 2,50.

Diurèse : 1.500 cc.

Pus : ++.

Examens spéciaux :

11.10.65 : FO : Rétinopathie gravidique d'intensité moyenne :

Œdèmes papillaire et œdème rétinien bilatéral.

Petite suffusion hémorragique péripapillaire de 2 côtés.

Hémorragie maculaire gauche.

18.10.65 : FO : petit œdème papillaire bilatéral à peine hyperhémique.

TACR : 120.

22.10.65 : EEG : tracé, normal.

27.10.65 : FO : petit œdème, petite hémorragie, quelques exsudats.

TACR : 70.

Evolution de la grossesse :

15.10.65 : Accouchement spontané 2 mois 1/2 avant terme d'un mort-né macéré (Obs. 2.440).

Enfant : Sexe masculin, mort-né macéré, 1.600/430.

Evolution de la néphropathie :

16.10.65 : Alb. : 0,90. Quelques hématies, assez nombreux leucocytes isolés non altérés.

18.10.65 : Alb. : 1,10. Assez nombreuses hématies.

19.10.65 : Alb. : 1. Nombreuses leucocytes souvent altérés. Très nombreuses hématies.

23.10.65 : Alb. : 0,50.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m : 1.900.

27.10.65 : Electrophorèse des urines : très forte prédominance de l'albumine, alpha 1 et bêta globuline, les gamma sont peu importantes.

28.10.65 : TA : 150/100.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère avec HTA élevé. Prééclampsie, œdèmes cérébraux et papillaires bilatéraux. Mort du fœtus in utero au 7^e mois. APS. Persistance d'une albuminurie et de HTA 15 jours après l'accouchement.

OBSERVATION N° 341

Références : Mme P..., 30 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une bronchectasie. HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : légers œdèmes des MI.

Bilan sanguin :

22.10.65 : Hc : 40 % - RA : 62 V - Urée : 0,25 - Cl : 105 - Na : 140 - K : 4,5 - PT : 71.

23.10.65 : PT : 69 - S : 22,5 - G : 46,5 - S/G : 0,48.

Cholestérol : 1,70.

Acide urique : 73.

Electrophorèse : PT : 65 :

Considérable élévation des alpha 2 et de gamma globulines.

27.11.65 : Hc : 42 % - RA : 56,5 V - Urée : 0,25 - Na : 136 - K : 5,10 - PT : 65,5.

Evolution tensionnelle :

20.10.65 : TA : 125.

22.10.65 : TA : 140/90.

26.10.65 : TA : 150/100.

Bilan urinaire :

22.10.65 : Alb. : 0,15.

Très rare leucocytes isolés non altéré.

23.10.65 : Electrophorèse : très forte prédominance des globulines sur l'albumine, les globulines semblent correspondre au α globulines sériques.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m : 3.700.

26.10.65 : Alb. : 0,15.

27.11.65 : Alb. : 5,50 gr. Quelques cylindres $\pm$ altérés.

Bilan hormonal :

23.10.65 : PST : 3.280 - K : 20,6 - OD : 560 - T : 2.720.

26.10.65 : PG : 18,6 - GT : 36.

Examens spéciaux :

22.10.65 : FO : normal.

TACR : 30.

Sérologie : négative.

Evolution de la grossesse :

27.11.65 : Accouchement spontané à terme (Obs. 2.805).

Enfant : sexe féminin, 2.700/640. Test d'Apgar : 5/10. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

27.11.65 : Alb. : 5,5. Quelques leucocytes isolés, quelquefois altérés, quelques cylindres.

1.12.65 : Alb. : 2. Quelques hématies, quelques leucocytes isolés quelquefois altérés.

6.12.65 : Compte d'Addis : H/m : 90.000.

L/m : 10.000.

Conclusion :

Néphropathie gravidique avec HTA modérée, associée à une bronchectasie et insuffisance respiratoire importante. ASAT. Persistance d'une atteinte rénale importante après l'accouchement, due peut-être à une amylose rénale. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 366

Références : Mme S..., 26 ans.

Classement : Néphropathie gravidique sévère, probablement surajoutée sur une lésion rénale sous-jacente. HTA : modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois 1/2.

Accidents paroxystiques : mort du fœtus in utero.

Bilan sanguin :

6.11.65 : Hc : 42 % - RA : 45,3 V - Urée : 0,25 - Cl : 111 - Na : 142 - K : 4 - PT : 57 - S : 34 - G : 23 - S/G : 1,47.

Cholestérol : 2,5.

Acide urique : 77,5.

Electrophorèse : PT : 52 :

Nette élévation des alpha 1, et alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

17.11.65 : Hc : 40 % - RA : 53 V - Urée : 0,11 - Cl : 109 - Na : 145 - K : 4,2 - PT : 61 - S : 29,5 - G : 31,5 - S/G : 0,93.

Cholestérol : 3,2.

Acide urique : 31.

Electrophorèse : PT : 72 : assez forte élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines. Tracé évoquant la néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

4.11.65 : TA : 130/70.

5.11.65 : TA : 155/105.

8.11.65 : TA : 160/90.

Bilan urinaire :

6.11.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, et alpha 2 globulines. Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

4.11.65 : TA : 130/70.

5.11.65 : TA : 155/105.

8.11.65 : TA : 160/90.

Bilan urinaire :

6.11.65 : Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, bêta et gamma globuline.

8.11.65 : Alb. : 2,5.

Très rares leucocytes isolés non altérés. Quelques cellules épithéliales.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m < 1.000.

Bilan hormonal :

8.11.65 : PG : 12,8 - GT : 35,4 - PST : 3.200 - K : 42,8 - OD : 960 - T : 2.240.

17 CS : 12,8 - 17 OH : 5,8 - Pgtriol : 936.

FV : Cytolyse.

Examens spéciaux :

8.11.65 : FO : normal.

22.2.65 : UIV : normal.

Evolution de la grossesse :

11.11.65 : Accouchement spontané 40 jours avant terme d'un mort-né macéré (Obs. 2.674).

Enfant : sexe masculin, 1.500/150, macéré.

Evolution de la néphropathie :

12.11.65 : Alb. : 0,30.

13.11.65 : Alb. : 1,6.

17.11.65 : Alb. : 1.

Compte d'Addis : H/m : 66.600.

L/m : 440.000.

Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, et bêta globuline, quelques gamma.

20.11.65 : Alb. : 0.

25.11.65 : Alb. : 0.

Diurèse : 2.500.

TA : 120/75.

29.1.65 : Alb. : 0.

Electrophorèse des urines : tracé de protéinurie physiologique.

Compte d'Addis : H/m < 1.000.

L/m : 44.000.

31.1.65 : Clearance de l'urée : 0,15 g/l.

Conclusion :

Néphropathie gravidique sévère avec HTA modérée, évoluée sur une insuffisance rénale chronique. Mort du fœtus in utero. APS d'un macéré.

OBSERVATION N° 386

Références : Mme S..., 29 ans.

Classement : Néphropathie gravidique associée à une infection urinaire, HTA élevée.

Chronologie : 2^e geste, 9^e mois.

Bilan sanguin :

23.11.65 : Hc : 39 % - RA : 48 V - Urée : 0,21 - Cl : 112 - Na : 144
K : 5 - PT : 71.

Acide urique : 58.

Electrophorèse : PT : 62. Nette élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Tracé de néphropathie gravidique avec toutefois des éléments qui pourraient faire penser à une néphrose.

25.11.65 : PT : 54,5 - S : 26 - G : 21,5 - S/G : 0,91.

14.12.65 : Hc : 41 % - RA : 57 V - Urée : 0,30 - Cl : 104 - Na : 145
K : 4,8 - PT : 69.

Evolution tensionnelle :

15.11.65 : TA : 135.

20.11.65 : TA : 170/120.

22.11.65 : TA : 185/125.

Bilan urinaire :

20.11.65 : Alb. : +.

23.11.65 : Alb. : 2,5.

Quelques leucocytes isolés, et plus souvent altérés.

Electrophorèse : nette prédominance de l'albumine, alpha 1, et bêta globulines.

Bilan hormonal :

24.11.65 : PG : 17,4 - GT : 38.

FV : Equilibre gravidique satisfaisant.

Examens spéciaux :

22.11.65 : FO : Staphylome et choroïdose myopique diffuse.

Pas d'exsudats, ni d'œdèmes.

29.11.65 : FO : mêmes constatations.

TACR : 70.

Evolution de la grossesse :

27.11.65 : Accouchement spontané 15 jours avant terme (Obs. n° 2.814).

Enfant : Sexe féminin. 3.140/610. Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

Suites simples.

Conclusion :

Néphropathie gravidique au cours du 9^e mois, associé à une infection urinaire. HTA élevée. APS, 15 jours avant terme. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 400

Références : Mme B..., 38 ans

Classement : Néphropathie gravidique surajoutée à une HTA maligne élevée aggravée par la grossesse actuelle.

Chronologie : 8^e geste, 8^e mois 1/2.

Accidents paroxystiques : prééclampsie.
oedèmes : ++.

Bilan sanguin :

29.11.65 : Hc : 35 % - RA : 50,5 V - Urée : 0,18 - Cl : 108 - Na : 141
K : 4,8 - PT : 48 - S : 26 - G : 22 - S/G : 1,18.

Electrophorèse : PT : 74.

Légère élévation des alpha 1 et surtout des alpha 2 globulines.

30.11.65 : Acide urique : 67.

2.12.65 : Hc : 38 % - RA : 51,5 - Urée : 0,25 - Cl : 110 - Na : 145
K : 4,1 - PT : 60 - Cholestérol : 3,12.

Evolution tensionnelle :

27.11.65 : TA : 180/120.

Bilan urinaire :

27.11.65 : Alb. : ++.

Examens spéciaux :

27.11.65 : FO : normal.

3.12.65 : FO : normal.

10.12.65 : dosages des cathécholamines.

adrenaline : 1650.

noradrénaline : 1590.

dosage de l'acide vanil mandélique : 15,6 mg/24.

14.12.65 : UIV : normale.

Evolution de la grossesse :

28.11.65 : Accouchement spontané 1 mois 1/2 avant terme d'un enfant hypotrophique (Obs. 2.808).

Enfant : Sexe masculin 2050/500. Vitalité ++, test d'apgar, 8.

Evolution de la néphropathie :

29.11.65 : Electrophorèse des urines : nette prédominance de toutes les globulines sériques.

1.12.66 : Alb : 0,25.
4.12.66 : Alb. : 0,80.
TA : 185/120.
7.12.66 : Alb. : traces.
9.12.66 : Alb. : 0.
15.12.66 : Alb. : 0.
UIV : normal.

Conclusion :

Néphropathie gravidique surajoutée à une HTA essentielle maligne, prééclampsie, œdèmes ++. APS d'un enfant hypotrophique. Suites simples.

OBSERVATION N° 410

Références :

Classement : Néphropathie gravidique récidivante, avec HTA modérée.

Chronologie : 2^e geste, 9^e mois.

Bilan sanguin :

9.12.65 : Hc : 36 % - RA : 50 V - Urée : 0,20 - Cl : 110 - Na : 147
K : 4,7 - PT : 57,5 - Cholestérol : 3,5.
Electrophorèse du sérum : tracé de néphropathie gravidique
typique légère élévation des alpha 2 globulines.
14.12.65 : Hc : 34 % - RA : 52,5 - Urée : 0,24 - Cl : 107 - Na : 143
K : 4,1 - PT : 67,5.
Acide urique : 28.

Evolution tensionnelle :

début décembre : TA : 140.
8.12.65 : TA : 140/100.

Bilan urinaire :

fin novembre : Alb. : 0.
début décembre : Alb. : 1,25, quelques lina.
Compte d'addis : H/m < 1.000.
L/m < 1.000.
Electrophorèse des urines : nette prédominance de l'albumine
alpha 1, et bêta globulines.

Examens spéciaux :

8.12.65 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

10.12.65 : Accouchement spontané à terme (Obs. 2896).

Enfant : Sexe masculin 2100/480. Vitalité + +. Evolution de la néphropathie.

15.12.65 : Alb : 0.

Quelques leucocytes, quelques lina.

Conclusion :

Néphropathie gravidique récidivante avec HTA modérée. ASAT d'un enfant hypotrophique. Suites simples.

OBSERVATION N° 412

Référence : Mme M..., 19 ans.

Classement : Néphropathie gravidique typique avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{er} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : œdèmes +
prééclampsie.

Bilan sanguin :

11.12.65 : Electrophorèse : PT : 46.

Légère élévation des alpha 2 globulines.

Tracé évoquant une néphropathie gravidique.

Evolution tensionnelle :

9.12.65 : TA : 150/80.

16.12.65 : TA : 155/80.

Bilan urinaire :

9.12.65 : Alb. : + + +.

11.12.65 : Electrophorèse : très forte prédominance de l'albumine, bêta globulines.

13.12.65 : Alb. : 2.

16.12.65 : Alb. : 2.

Bilan hormonal :

13.12.65 : PST : 7.120 - K : 11.

OD : 720 - T : 6.400.

Evolution de la grossesse :

17.12.65 : Accouchement provoqué à terme (Obs. 2.951).

Enfant : : Sexe féminin, 3800/800, vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

18.12.65 : Alb. : 0,80.

23.12.65 : Alb. : 0,30.

Conclusion :

Néphropathie gravidique, typique avec HTA modérée prééclampsie.
Accouchement provoqué à terme persistance d'une légère albuminurie
dans les suites immédiates. Enfant en bonne santé.

COMMENTAIRES SUR LES NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES

Nous venons de publier, en nous efforçant de les rédiger de façon analogue, les observations de néphropathies gravidiques prises au sujet des malades hospitalisées dans le service de la pathologie de la grossesse en 1965, et ayant accouché à la clinique obstétricale.

A propos de chacune d'elles et selon le plan adopté au cours des années précédentes nous avons étudié en particulier la chronologie du début de la dysgravidie par rapport au terme de la grossesse, les modifications de l'ionogramme, le dosage du pregnandiol, des œstrogènes, ainsi que le coefficient œstrogénique, le mode d'accouchement, la vitalité des enfants, les accidents particuliers (rétine, encéphale, prééclampsie, éclampsie) et l'évolution ultérieure lorsque nous avons pu suivre la mère.

Nous avons cru, également, intéressant d'introduire dans la rubrique « Classement » ou « Accidents paroxystiques » selon le cas, quelques notions sur les antécédents néphropathiques ou les affections associées éventuelles.

A propos des syndromes vasculo-rénaux de la gestation, nous publions plusieurs observations dans lesquelles a été entreprise une étude électrophorétique (Docteur F. Charvet) des urines albumineuses.

Ces recherches ont donné des résultats intéressants, contribuant dans certains cas difficiles à classer, à montrer la réalité d'un processus néphropathique ou, au contraire, la réalité d'une inflammation pyélonéphritique.

Ces recherches ont montré aussi qu'il existait des cas mixtes, mais ce point n'est pas encore élucidé et les recherches sont poursuivies.

Comme nos prédécesseurs, nous avons apporté quelques modifications de détail au classement et à la rédaction des observations :

— Jusqu'en 1956, n'ont été décrites que les néphropathies pures, classées en trois catégories :

- Néphropathies gravidiques albumineuses simples.
- Néphropathies gravidiques œdémateuses.
- Néphropathies gravidiques hypertensives.

— A partir de 1957, donnant une importance particulière aux modifications tensionnelles, les néphropathies ont été réparties en deux catégories :

- Néphropathies gravidiques avec HTA modérée.
- Néphropathies gravidiques avec HTA forte.

Nous définissons ainsi ces deux variétés de néphropathies gravidiques :

1) Néphropathies gravidiques avec HTA modérée :

Il s'agit de malades présentant une albuminurie, avec ou sans œdèmes, et comportant des modifications tensionnelles modérées (maxima inférieure à 18) mais constantes. Rappelons que physiologiquement, chez la femme enceinte, il existe une hypotension. Actuellement nous considérons que toute tension supérieure à 12 sort des limites de la normale et que toute tension supérieure à 14 doit être considérée comme pathologique.

2) Néphropathies gravidiques avec HTA forte :

Les malades qui en sont atteintes présentent une albuminurie, accompagnée ou non d'œdèmes, mais, fait essentiel, elles présentent une hypertension élevée (supérieure à 18 pour la maxima et minima supérieure à 10 avant traitement), durable, résistant au repos et aux traitements habituels. Elle est tout à fait différente de l'hypertension passagère qui accompagne dans toutes les néphropathies gravidiques les accidents éclamptiques. Cette forme de néphropathie gravidique est la plus grave et s'accompagne du taux le plus élevé de mortalité fœtale.

— Enfin depuis 1958 (thèse de R. Torre), à côté des néphropathies gravidiques pures avec hypertension modérée ou forte, nous étudions les néphropathies gravidiques surajoutées à une néphrite chronique ou à une hypertension essentielle. Ces néphropathies gravidiques surajoutées ont elles aussi été classées en néphropathies avec hypertension modérée et néphropathies avec hypertension forte.

Nous avons relevée pour l'année 1965 :

- Néphropathies gravidiques pures : 20 observations .
 - avec HTA modérée 14 observations.
 - avec HTA forte 6 observations.
- Néphropathies gravidiques surajoutées : 19 observations.
 - avec HTA modérée 16 observations.
 - avec HTA forte 3 observations.

Nous croyons intéressant de rappeler la répartition des différents genres de néphropathies gravidiques au cours des années précédentes :

En 1949 : 27 néphropathies gravidiques, dont :

- 5 albumineuses simples.
- 14 œdémateuses.
- 8 hypertensives.

En 1950 : 31 néphropathies gravidiques, dont :

- 10 albumineuses simples.
- 15 œdémateuses.
- 6 hypertensives.

En 1951 : 33 néphropathies gravidiques, dont :

- 13 albumineuses simples.
- 14 œdémateuses.
- 6 hypertensives.

En 1952 : 31 néphropathies gravidiques, dont :

- 9 albumineuses simples.
- 12 œdémateuses.
- 10 hypertensives.

En 1953 : 34 néphropathies gravidiques, dont :

- 15 albumineuses simples.
- 12 œdémateuses.
- 7 hypertensives.

En 1954 : 41 néphropathies gravidiques, dont :

- 21 albumineuses simples.
- 13 œdémateuses.
- 7 hypertensives.

En 1955 : 30 néphropathies gravidiques, dont :

7 albumineuses simples.
15 œdémateuses.
8 hypertensives.

En 1956 : 36 néphropathies gravidiques, dont :

16 albumineuses simples.
18 œdémateuses.
2 hypertensives.

En 1957 : 31 néphropathies gravidiques, dont :

23 avec HTA modérée.
8 avec HTA forte.

En 1958 : 41 néphropathies gravidiques pures, dont :

29 avec HTA modérée.
12 avec HTA forte.

7 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

2 avec HTA modérée.
5 avec HTA forte.

En 1959 : 44 néphropathies gravidiques pures, dont :

35 avec HTA modérée.
9 avec HTA forte.

7 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

2 avec HTA modérée.
5 avec HTA forte.

En 1960 : 39 néphropathies gravidiques pures, dont :

24 avec HTA modérée.
15 avec HTA forte.

12 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

7 avec HTA modérée.
5 avec HTA forte.

En 1961 : 31 néphropathies gravidiques pures, dont :

22 avec HTA modérée.
9 avec HTA forte.

8 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

5 avec HTA modérée.

3 avec HTA forte.

En 1962 : 21 néphropathies gravidiques pures, dont :

9 avec HTA modérée.

12 avec HTA forte.

3 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

1 avec HTA modérée.

2 avec HTA forte.

En 1963 : 20 néphropathies gravidiques pures, dont :

15 avec HTA modérée.

5 avec HTA forte.

9 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

5 avec HTA modérée.

4 avec HTA forte.

En 1964 : 31 néphropathies gravidiques pures, dont :

28 avec HTA modérée.

3 avec HTA forte.

6 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

3 avec HTA modérée.

3 avec HTA forte.

Sur les 39 femmes hospitalisées en 1965 dans le service de la pathologie de la grossesse et ayant accouché à la clinique obstétricale :

17 n'ont plus présenté de signes moins de 10 jours après l'accouchement ;

22 en ont présenté plus de 10 jours.

Sur les 39 femmes hospitalisées pour néphropathies gravidiques et ayant accouché à la clinique obstétricale, nous avons relevé :

12 accouchements à terme (11 enfants vivants) ;

19 accouchements prématurés spontanés (10 enfants vivants) ;

8 accouchements prématurés provoqués (7 enfants vivants).

CONCLUSIONS

Au cours de notre étude sur le fonctionnement du service de la pathologie de la grossesse durant l'année 1965, nous avons d'abord donné dans l'ordre d'entrée la liste des malades hospitalisées dans le service. Nous avons ensuite classé les observations en suivant les règles établies à la clinique obstétricale.

I. — Maladies de la mère pré-existant à la grossesse et pouvant être aggravées du fait de la gestation :

- Cardiopathies sévères : 15 observations.
- Néphrites chroniques et hypertensions solitaires : 27 observations, dont 4 compliqués de néphropathies gravitiques surajoutées.
- Diabètes : 13 observations.
- Tuberculose : 2 observations.

II. — Maladie de la mère non particulières à l'état de gestation, mais qui apparaissent au cours de la grossesse, ou qui revêtent de son fait une allure particulière :

- Pyélites et pyélonéphrites : 51 observations.
- Tumeurs : 2 observations.

III. — Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus :

- Accouchements prématurés habituels : 8 observations.
- Antécédents de mort inexplicables du fœtus au voisinage du terme : 6 observations.
- Grossesses prolongées : 17 observations.
- Hydramnios : 4 observations.
- Placenta praevia : 16 observations.
- Môle hydatiforme : aucune (hospitalisation au pavillon J).

IV. — Maladies particulières à l'état de gestation :

- Vomissements gravidiques : 24 observations.
- Grossesses hétérogènes avec iso-immunisation : 30 observations.
- Dysgravidies sans albuminurie : 37 observations.
- Néphropathies gravidiques pures : 20 observations.
- Néphropathies gravidiques surajoutées : 19 observations.

Pour les néphropathies gravidiques, nous avons exposé de façon complète avec bilans, évolution de la grossesse et évolution de la maladie, les observations des 39 malades ayant accouché à la clinique obstétricale.

VU, le Doyen :
J.F. CIER.

Le Président de la Thèse,
P. PIGEAUD.

Vu et Permis d'imprimer.
LYON, le 6 Juin 1966

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	14
AVANT-PROPOS	15
CHAPITRE PREMIER. — Nomenclature des observations	17
CHAPITRE II. — Commentaires de la nomenclature	33
PREMIER GROUPE. — Maladie de la mère préexistant à l'état de gestation	41
DEUXIÈME GROUPE. — Maladies non particulières à l'état de gestation	41
TROISIÈME GROUPE. — Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus	43
QUATRIÈME GROUPE. — Maladies spéciales à l'état de ges- tation	48
COMMENTAIRES SUR LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES	111
CONCLUSIONS	117
